

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Vliv ošetrovatelské péče na průběh hospitalizace
klienta s diagnózou MRSA
Bakalářská práce

Vedoucí práce:
Mgr. Věra Stasková, R.N.

2007

Autor práce:
Martina Štveráková

Abstract

The influence of nursing care on the course of hospitalization of a client with diagnosis MRSA

Methicillin resistant *Staphylococcus aureus* (further only MRSA) is an often mentioned weighty phenomenon in our country recently, employing many medical specialists. This kind of staphylococcus, which is resistant to antibiotics and as one of most frequent hospital infections is a big health – economic problem for most hospitals in our country and abroad. MRSA is the redoubtable menace because the infections caused are connected with high treatment costs and with high death rate too. The only possibility to stop diffusion of MRSA in hospital environment is the consequential observance of hygienic – epidemiological rules and client's isolation from the others. Clients with diagnosis MRSA should be well - informed of problems and rules to follow during hospitalization.

The aim of my work was to find out, how clients with diagnosis MRSA hospitalized in isolation, perceive nursing care from medical staff. The hypothesis: Clients with diagnosis MRSA, who are well - informed about the course of nursing care in isolation, perceive the nursing care positively. Data for my work were acquired by the method of standardized talks with clients diagnosed MRSA in isolation on the basis of set questions. The questionnaire was fully anonymous consisting of 23 questions and recorded research was processed in a graphic form. I personally interviewed 32 clients hospitalized in isolation in hospitals in Pisek and Strakonice. Results emerged from the questionnaires are: Patients diagnosed MRSA hospitalized in isolation are well-informed about reasons of their isolation and about rules of nursing care provided. Epidemiological protection during the nursing care in isolation are perceived by clients in a positive way like needed safety precautions to prevent illness transmission. The aim of work was fulfilled, the hypothesis was confirmed.

The results of my work will be presented and transferred to heads of nursing units and could help in further thinking and education of medical staff to realize how nursing care influences clients in isolation and consequently to improve it to the benefit of them.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích, dne: 11.5.2007

.....

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat Mgr. Věře Staskové, R.N. za odbornou konzultaci, věnovaný čas a cenné rady při zpracování mé bakalářské práce.

OBSAH

Úvod	3
1. Současný stav	5
1.1 Nozokomiální nákazy	5
1.1.1 Historie nozokomiálních nákaz	5
1.1.2 Dělení nozokomiálních nákaz	6
1.1.3 Proces šíření nozokomiálních nákaz	8
1.1.4 Rizikové faktory pro vznik a šíření nozokomiálních nákaz	9
1.1.5 Problematika methicilin rezistentní <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA)	10
1.1.6 Surveillance a MRSA	11
1.1.7 Mikrobiální antibiotická rezistence	12
1.1.8 Léčba methicilin rezistentního <i>Styphylococca aurea</i> (MRSA)	14
1.2 Poskytování ošetrovatelské péče ve zdravotnickém zařízení	15
1.2.1 Vývoj ošetrovatelské péče	15
1.2.2 Potřeby nemocného člověka	16
1.2.3 Hospitalizace v životě člověka	18
1.2.4 Role sestry v péči o nemocného	19
1.2.5 Vztah lékaře s nemocným při poskytování péče	20
1.3 Bariérová ošetrovatelská péče	22
1.3.1 Mytí rukou	22
1.3.2 Ochranný oděv a pomůcky	24
1.3.3 Dezinfekce a sterilizace	25
1.3.4 Izolace	27
1.4 Ošetrovatelská péče o nemocného s MRSA	28
1.4.1 Obecné zásady péče o MRSA pozitivní pacienty	28
1.4.2 Režimová opatření při péči o pacienta s MRSA	29
1.4.3 Některé možné problémy nemocných vyvstávající z pobytu v izolaci	31
2. Cíl práce	33
2.1 Hypotéza	33
3. Popis metodiky	34

3.1	Použité metody	34
3.2	Charakteristika zkoumaného souboru	34
4.	Výsledky	36
5.	Diskuse	55
6.	Závěr	65
7.	Seznam použité literatury	66
8.	Klíčová slova	71
9.	Seznam příloh	72

Úvod

Člověk již od pradávna svádí svůj nerovný boj s přírodou. Vždy, když si lidstvo pomyslelo, že nad ní vyvrálo, najednou se objevil nový problém, který bylo nutno řešit. Stejně tak tomu bylo i na začátku minulého století s vynálezem antibiotik. Doktoru Flemingovi byla za objev penicilinu udělena Nobelova cena a lékaři dostali do rukou nový lék, jehož pomocí zachránili mnoho lidských životů. Avšak důmyslná příroda nezůstala v boji s lidskou pošetilostí pozadu a záhy nasadila svou dosud nepřekonanou zbraň – rezistenci. Nutno říci, že to byl triumf tak fenomenální, že v této oblasti odstavil medicínu do defenzívy a ta je schopna se zatím pouze bránit. Brání se tak, že nemocného, nakaženého rezistentním mikrobem, izoluje od ostatních, zdravých lidí. Bohužel tím trpí opět člověk. Než tedy někdo vynalezne nějaký lepší prostředek k překonání rezistence, budeme se muset smířit s tím, že víme, jak se můžeme ochránit a tuto prevenci pak striktně dodržovat.

Každá nerovnováha ve zdraví, tím spíše nemoc, je pro každého člověka zátěžovou situací. Je známo, že v takových chvílích je nemocnému oporou někdo blízký, kdo ho podrží za ruku, potěší slovem a nenechá ho, aby byl se svým utrpením sám. Vždyť každý z nás má potřebu jistoty a bezpečí, i když je zdravý, nic jej nebolí, nic mu neschází. A co teprve, když je tomu naopak!

V současné době se v ošetrovatelské péči uplatňuje holistický přístup k člověku, mající na mysli jeho bio-psycho-sociální potřeby. Zdravotnickými i sociálními zařízeními je vyvíjena snaha zajistit klientům především kvalitu a bezpečí na straně jedné, dále pak příjemné a minimálně stresové prostředí na straně druhé. Naneštěstí existují určitá onemocnění vyžadující poskytování péče bariérové, která se s přívlastkem příjemná a nestresující slučuje jen minimálně (v rámci této práce je tím onemocněním myšlen především methicilin-rezistentní *Staphylococcus aureus* – dále jen MRSA). Možná se mýlím. To, jak nemocní v izolaci ošetrovatelskou péčí vnímají, je ostatně předmětem této práce.

MRSA je u nás v posledních letech velmi skloňovaným a především závažným problémem, zaměstnávajícím mnoho odborníků a také zdravotníků. Když se kmen MRSA objevil na oddělení, kde pracuji, poprvé, měla jsem zkušenosti s bariérovou péčí

pouze v souvislosti s občasným záchytem tuberkulózy. Informovanost zdravotnické veřejnosti o problematice MRSA v menších nemocnicích byla tehdy v začátcích. Dnes je samozřejmě situace zcela jiná. S přibývajícími klienty, u nichž byl zjištěn MRSA a s častější nutností zařizovat izolační pokoj, jsem stále více přemýšlela o tom, jak to všechno, co s izolací souvisí, musí asi na nemocného působit. I s maximální empatií si zřejmě stejně nikdo neumí představit, co člověk v takových podmínkách prožívá. Proto jsem přivítala možnost zvolit si téma bakalářské práce zabývající se tímto problémem a zmapovat vliv ošetrovatelské péče na průběh hospitalizace klienta s diagnózou MRSA.

1. Současný stav

1.1 Nozokomiální nákazy

Nozokomiální infekce je taková nákaza, kterou pacient získá v souvislosti s pobytem ve zdravotnickém zařízení, ať už ambulantním nebo lůžkovém. Pro jejich klasifikaci je nutné si uvědomit, že člověk přicházející do nemocnice může být v inkubační době určité nemoci a následné onemocnění pak nepatří do kategorie nozokomiálních, ale komunitních nákaz. Faktory, jako je oslabený organismus pacienta, invazivní výkony a přítomná mikrobiální flóra vytvářejí vhodné předpoklady pro vznik infekčního procesu, ať už je to v souvislosti s diagnostickým, terapeutickým nebo ošetrovatelským postupem. Uvedené faktory se však nemusí vyskytovat pouze v nemocnicích, ale také v léčebnách dlouhodobě nemocných, ústavech sociální péče, domovech důchodců, kojeneckých ústavech, hospicích apod. Proto se rozlišují pojmy nemocniční a nozokomiální nákaza. Vzhledem ke zvyšujícímu se věku pacientů, počtu invazivních výkonů, zvýšenému přežívání výrazně nedonošených dětí, polytraumatických a kriticky nemocných pacientů i díky pokrokům v onkologické medicíně dochází ke zvýšenému počtu hospitalizovaných rizikových pacientů, většinou chronicky nemocných, u kterých je riziko vzniku nozokomiální nákazy vyšší a prognóza bohužel závažnější (22).

1.1.1 Historie nozokomiálních nákaz

Nemocniční infekce mají dlouholetou historii a vyskytují se od dob, kdy byly první nemocnice zakládány, tedy od 4. století n.l. Tehdy k sobě byli pacienti ukládáni bez ohledu na původ jejich onemocnění a následně velmi často umírali na vysoce nakažlivé nákazy jako tyfus, mor nebo neštovice, které byly do nemocnic zavlékány. Příčinou takového šíření byla absolutní neznalost pojmu dekontaminace rukou a nástrojů, o které v té době ještě nebylo nic známo. Podobně tomu bylo i ve středověku, kdy byli infekční pacienti vykazováni před brány měst nebo se nemocnice od ostatních obydlí oddělovaly vyhloubenými kanály plnými vody. Až v 19. století zásluhou Ignaze Semmelweisse bylo zavedeno snad první protiepidemické opatření, když ve své studii poukázal na nutnost dezinfekce rukou lékařů, kteří často přecházeli z piteven přímo

k rodícím ženám a tím způsobovali puerperální sepsi nebo-li horečku omladnic. Prvotním názvem pro nozokomiální nákazu byl termín hospitalismus, jak jej uvedl lékař James Young Simpson, který sledoval úmrtnost pacientů po amputaci končetin a zjistil, že skupiny ošetřované v domácím prostředí umírají méně často než ty ošetřované v nemocnici a jako hospitalismus pak označil neznámé riziko související s léčbou při hospitalizaci. Obrovský význam pak měly poznatky Josepha Listera o zásadách asepse a antisepse v chirurgii. Na konci 19. století se již objevily zmínky také o izolaci infekčních pacientů. Na přelomu 19. a 20. století došlo k rozmachu oboru bakteriologie, byli známi původci nákaz a tak objevena možnost léčby infekčních chorob. Objevem sulfonamidů a zavedením léčby pomocí Flemingova penicilinu (objeven roku 1928) ve 40. letech minulého století se zdálo, že je boj s nakažlivými nemocemi téměř vyhraný. Ubývalo streptokokových nákaz, tak trochu přestalo být dbáno na asepsi, antisepsi a hygienický režim. Ale již během dalších deseti let vyšly do popředí nákazy stafylokokové, jejichž epidemie v USA, Anglii a dalších zemích daly impuls pro shromažďování údajů, vedení výzkumů a studií s cílem zjistit, jak se lze proti nozokomiálním nákazám účinně bránit (4 ,5, 10).

Bohužel i přes zavedení antisepse a asepse, používání dezinfekce a sterilizace, podávání antibiotik v profylaxi i léčbě, které významným způsobem snížily riziko infekcí, jsou nemocniční nákazy zásadním faktorem nemocnosti a úmrtnosti i ve 21. století a představují velmi závažný medicínský, manažerský a ekonomický problém (22).

1.1.2 Dělení nozokomiálních nákaz

Z hlediska epidemiologie, prevence i terapie jsou nozokomiální nákazy rozdělené na nespecifické a specifické a na exogenní a endogenní. K nespecifickým lze říci, že jejich šíření může probíhat nejen v nemocnicích, ale i v kolektivech jako jsou školky, školy, kolektivy v dané spádové oblasti. U oslabených jedinců může být průběh horší a prognóza závažnější, než u jinak zdravých lidí v postižených nezdravotnických kolektivech. Jelikož mikrob přicházející v úvahu jako etiologické agens, má zpravidla charakter terénních mikrobiálních kmenů, dobře citlivých na antibiotika, nebývá léčba

většinou problematická. Naproti tomu nozokomiální nákazy specifické vznikají u hospitalizovaného pacienta jako následek diagnostického či terapeutického výkonu. Jsou tedy vázána na zdravotnická zařízení, neboť mají specifickou epidemiologii, prevenci i terapii. Jejich výskyt ovlivňuje úroveň asepse, dezinfekce a sterilizace, provozu zařízení, materiálního i personálního vybavení a dodržování zásad protiepidemického režimu. Dále pak jsou infekce členěny na primárně nebo sekundárně endogenní (vnitřní), kdy samotný pacient a jeho flóra jsou zdrojem vlastní infekce a infekční agens je zavlečeno z jednoho systému do druhého v témže organismu. Mikroorganismy běžně se vyskytující v těle člověka se uplatňují zejména při oslabení imunity a jsou pak nazývány oportunními, nebo-li příležitostnými patogeny. Exogenní (vnější) infekce mají zdroj mimo pacienta a vyskytují se častěji. Mezi nejvýznamnější neživé zdroje se řadí nástroje, přístroje, také ložní prádlo, umývadla, toalety. Živými zdroji jsou lidé, pacienti, zdravotnický personál, návštěvy, ale dokonce i zvířata (hmyz). Nezanedbatelným zdrojem patogenů mohou být např. transfúze, dále kontaminovaný prach, vzduch, potraviny nebo tekutiny. Z praktických důvodů by bylo žádoucí rozeznat endogenní infekce od exogenních, avšak toto rozlišení je velmi obtížné, vyžaduje rozsáhlé znalosti o normální mikroflóře, potenciálních patogenech a anaerobních mikrobech, které se často stávají původci endogenních nákaz. Zvláštností mikroorganismů vyvolávajících nozokomiální nákazy jsou jejich vlastnosti, které jsou zcela odlišné od vlastností mikroorganismů téhož druhu v terénu. Jsou získané dlouhodobou kolonizací a cirkulací ve zdravotnických zařízeních a patří k nim zejména rezistence až multirezistence na používaná antibiotika, rezistence na používané dezinfekční prostředky a přenosnost těchto vlastností pomocí plazmidů na jiné, běžně se vyskytující i nepatogenní kmeny. U exogenních nákaz jsou proto základními body prevence přenosu dodržování hygienicko-epidemiologického režimu a bariérová ošetrovací technika. Je známo, že mezi nejčastější nozokomiální nákazy patří infekce urogenitálního a dýchacího traktu - katérové sepse a pneumonie, dále infekce v místě operačního výkonu a infekce gastrointestinálního systému a krevního řečiště - sepse (11, 22, 39, 41).

1.1.3 Proces šíření nozokomiálních nákaz

Epidemický proces, nebo-li proces šíření nákazy je podmíněn třemi články: zdrojem nákazy, přenosem nákazy a vnímavým jedincem. Zdrojem nemocniční nákazy může být pacient, personál, návštěva nebo jiná osoba. Podrobně je tato problematika popsána v předchozí kapitole. Nejvíce jsou pro šíření nákazy nebezpeční nosiči, u kterých se onemocnění nemanifestuje. Mohou to být zdraví, asymptomatictí nosiči nebo nosiči v inkubační době. Problém spočívá především v tom, že oni sami ani jejich okolí nekalkuluje s možností nákazy a ta se pak šíří na další jedince (41).

Přenos nákazy je přenosem původce nákazy ze zdroje na vnímavý organismus. Tento přenos může být přímý, dochází k němu kontaktem, dotykem, polibkem nebo i kapénkovou infekcí, kdy jsou infekční kapénky vmeteny do dýchacích cest při mluvení, kašlání nebo kýchání. Druhým typem je přenos nepřímý, k němuž dochází nezávisle na přítomnosti zdroje nákazy při přenosu na vnímavého jedince. Je podmíněný schopností mikroorganismu přežít mimo tělo hostitele a na existenci vhodného vehikula (prostředku), v němž dojde k pomnožení nebo alespoň přežití infekčního činitele. Nepřímý přenos je zprostředkován kontaminovanými pomůckami, předměty, nástroji, vzduchem, potravinami, ale i hmyzími vektory mechanicky (41).

Vniknutí infekčního agens do vnímavého organismu může proběhnout několika způsoby, a to inhalací do dýchacího ústrojí, ingescí - polknutím, kdy se mikroorganismus dostává do zažívacího ústrojí ústy a inokulací, kdy původce infekce prostoupí poraněnou kůží nebo sliznicí, která je za normálních okolností přirozenou bariérou vůči mikroorganismům. Přenos infekce se pak děje buď přímo, kdy mikrob pronikne do vnímavého jedince, aniž by byl určitou dobu v zevním prostředí, a nebo nepřímo, pokud původce nákazy v zevním prostředí po určitou dobu existuje (31).

O vnímavosti nebo imunitě člověka vůči původci nákazy rozhoduje řada faktorů. Jsou to zejména věk, pohlaví, přidružená onemocnění, stav výživy a imunity, životní styl, psychické faktory, sociální vlivy, očkování a další (31, 41).

Mezi nejčastější původce nozokomiálních nákaz patří bezesporu bakterie. Z Gram pozitivních je to *Staphylococcus aureus* (dále jen Sa) - 40% (meticilin rezistentní Sa - MRSA, kmeny Sa se sníženou citlivostí k vankomycinu – VISA, kmeny

Sa s rezistencí k vankomycinu – VRSA) Staphylococcus spp. - koaguláza negativní stafylokoky - 50%, vankomycin rezistentní enterokoky - VRE. Z Gram negativních pak Pseudomonas spp., Klebsiella spp., Proteus spp., Escherichia spp. Z virů nejčastěji respirační viry, viry hepatitidy B, C, HIV, z hub např. Candida albicans nebo Aspergillus spp. (11, 16).

1.1.4 Rizikové faktory pro vznik a šíření nozokomiálních nákaz

Proces vzniku a šíření nozokomiálních nákaz je velmi složitý a podílí se na něm řada faktorů, které mohou být pro pacienta velice rizikové. Lze je rozdělit na skupinu vnitřních a na skupinu vnějších faktorů a to podle charakteru a ovlivnitelnosti.

Vnitřní faktory mají úzkou souvislost s biologickou rovnováhou organismu nemocného. Zde je jedním z nejvýznamnějších aspektů věk pacienta. Nejvíce jsou nozokomiálními infekcemi ohroženy malé děti a osoby starší šedesáti let. Velký vliv mají kromě životního stylu a obezity závažná onemocnění jako jsou poruchy krevního oběhu, ledvin a jater, maligní onemocnění, polytraumata, metabolická onemocnění, dekubity, ulcus cruris, popáleniny, hematologická onemocnění, imunodeficience, malnutrice a další. Tyto faktory jsou poměrně obtížně ovlivnitelné (22, 42).

Vnější rizikové faktory souvisejí s diagnostickými a léčebnými intervencemi a jsou aktuální výhradně při ošetřování pacientů ve zdravotnických zařízeních. Nejvýznačnějším faktorem je délka hospitalizace, kdy je nemocný vystaven exogenním nákazám, které jej ohrožují. Proto je důležité dobu pacientova pobytu v nemocnici minimalizovat. Dále jsou to především invazivní zákroky, provedené non lege artis, jako operace, intravenózní a močová katetrizace, transplantace, drenáž, infúze, transfúze, žaludeční sondáž, endoskopie, endotracheální intubace, hemodialýza, léčba zářením, cytostatiky, imunosupresivy, antibiotiky, hormony a také opakovaná anestézie. S tím je spojen i vyšší výskyt nákaz na invazivních pracovištích jako jsou všechny chirurgické obory včetně urologie, gynekologie, traumatologie, oddělení anesteziologicko - resuscitační a jiné (22, 39).

Úplná eliminace nozokomiálních nákaz zřejmě není uskutečnitelná ani ve vyspělých zemích, které vynakládají nemalé prostředky do metod asepse a všech

epidemiologických opatření. Tvrzení některých představitelů, že se v jejich zdravotnickém zařízení nozokomiální nákazy nevyskytují, jsou proto spíše alibistická a odrážejí neinformovanost o tomto rozsáhlém problému. Pokud budou zdravotnická zařízení a především jejich zaměstnanci přistupovat k nemocničním infekcím racionálně a s respektem, může se jim výskyt preventabilních - exogenních nákaz podařit alespoň zredukovat a tím zvýšit prestiž svého pracoviště. Prevence nozokomiálních nákaz však může být efektivní jenom tehdy, jsou-li k jejímu uskutečnění vytvořeny optimální podmínky ze strany managementu nemocnice. Proto by zmiňovaná problematika měla být ústředním zájmem každého zdravotnického zařízení, podporována vrcholovými řídicími pracovníky a zdůrazňována jako významná součást celoživotního vzdělávání každého zdravotníka v rámci zajištění kvality a bezpečnosti pro pacienty i personál (22).

1.1.5 Problematika methicilin-rezistentní *Staphylococcus aureus* (MRSA)

V současnosti je známo 27 druhů stafylokoků z nichž nejzmiňovanější a zřejmě nejznámější je *Staphylococcus aureus*. Je to gram-pozitivní bakterie, patřící mezi nejčastější příčiny infekčních nemocí u člověka, ale i u zvířat. Jeho kmeny jsou známými původci hnisavých onemocnění kůže a podkoží, kostí a mléčné žlázy, způsobují otitidu, sinusitidu, pneumonii, bakteriální endokarditidu, meningitidu, syndrom toxického šoku a sepsi. Vyvolávají infekci především v traumatizovaných a devitalizovaných tkáních a v místech, kde je umístěno cizí těleso, například katétr. Dlouhodobě přežívají v suchu, prachu, dokonce v zaschlém hnisu vydrží několik týdnů. Jsou velmi odolné vůči nepříznivým vlivům prostředí, běžně se vyskytují i na normální lidské kůži a sliznicích, nejčastěji v nose a krku (6, 10).

V roce 1940 byl do praxe zaveden penicilin a vypadalo to, že je problém léčby stafylokoků vyřešen. Jenže zanedlouho se vyskytla rychle se šířící rezistence a další problémy. Zlepšení nastalo až objevením nového semisyntetického penicilinu odolného vůči penicilináze (enzym v molekule penicilinových antibiotik), methicillinu - známého jako oxacilin. Bohužel opět ne na dlouho. Již v roce 1961 byly izolovány první kmeny methicilin (oxacilin) - rezistentního *Staphylococcus aureus* a vznikl problém zvaný

MRSA (ORSA – oxacilin rezistentní *Staphylococcus aureus*). V současné době je MRSA obávanou hrozbou především proto, že infekce jím způsobené jsou spojeny jednak s vysokými náklady na léčbu, jednak s vysokou mortalitou. Kmeny MRSA sice nejsou virulentnější než původní *Staphylococcus aureus*, ale mají schopnost se rychle šířit a jejich eradikace je velmi obtížná vzhledem k multirezistenci k antibiotikům a řadě dezinfekčních prostředků. Samozřejmě není jediným multirezistentním mikroorganismem, ale zvýšený zájem odborníků má především pro svou schopnost asymptomatické kolonizace a vysokou schopnost přežití v nepříznivých podmínkách, což zvyšuje možnost jeho přenosu a tím riziko pro pacienty (3, 13, 35, 44).

Výskyt MRSA ve světě se poslední dobou čím dál tím více zvyšuje. Velkým problémem je především ve Spojených státech, v Evropě ve Velké Británii, Itálii, Řecku, Portugalsku, Španělsku. Poměrně malý výskyt zaznamenávají severské země Švédsko, Finsko a Island (43).

„K šíření stafylokoků ve zdravotnických zařízeních významně napomáhají asymptomatictí nosiči. Epidemiologicky nejzávažnější formou je nosní nosičství, které je asi v 30 % trvalé a v 70 % intermitentní. Další formy nosičství jsou kožní, hlavně v případě patologické kožní léze (např. dermatitida, psoriáza), perineální, střevní a nosičství ve vlasové části hlavy. Někdy se podaří zachytit stafylokoky i při kultivaci vzorků moči“ (22, s. 137).

1.1.6 Surveillance a MRSA

„Surveillance znamená komplexní a soustavné získávání všech dostupných informací o výskytu určité nemoci či poruchy zdraví a současně všech faktorů, které nemoc ovlivňují. Sleduje se průběh infekčního onemocnění, odezva nákazy v populaci lidí, stanovuje se epidemiologická prognóza a formulují se protiepidemická opatření. Následně je vytvořen komplexní program s cílem eradikace nebo eliminace různých onemocnění“ (31, s. 111).

Úspěšnost vyhledávání a surveillance nemocničních nákaz se odráží od permanentního vzdělávání a ochoty seznamování se s epidemiologickou situací v konkrétní nemocnici a celém regionu. Screening na přítomnost MRSA se provádí

obvykle stěrem ze sliznice nosu nebo z kůže v oblasti perinea a axil, také z přítomné rány na kůži. Indikovanými případy pro vyšetřování vzorků jsou pacienti přicházející po dlouhodobé hospitalizaci na jiném oddělení, nebo v jiném zdravotnickém či sociálním zařízení, kde je výskyt MRSA známý. Dále se stěry provádí u nemocných s prokázaným nosičstvím nebo infekcí MRSA v anamnéze, před plánovanými chirurgickými výkony, při příjmu na jednotku intenzivní péče a u pacientů, kteří prodělali větší chirurgický zákrok během uplynulých pěti let. Díky surveillanci pacientů na přítomnost MRSA a jejich následné izolaci a dekolonizaci, zlepšené informovanosti zdravotnických pracovníků v oblasti nozokomiálních nákaz, zavádění a edukaci správné hygieny mytí rukou a také za přispění nemocničního informačního systému upozorňujícího na pacienty s MRSA v anamnéze, došlo ke snížení výskytu nemocničních infekcí, způsobených MRSA v mnoha vyspělých zemích ve světě. V roce 2005 proběhlo ve Velké Británii praktické testování nového rychlého molekulárně biologického testu na diagnózu smrtelných infekcí, který je výhledově slibným opatřením pro včasné vyhledávání osob s MRSA při přijetí do nemocnice. Výhodou tohoto testu na rozdíl od testů kultivačních je jeho jednoduchost, nenáročnost na vybavení a také možnost provádět jej mimo zdravotnická zařízení (3, 9, 11, 21, 22, 25).

„Hlášení hromadného výskytu nemocniční nákazy a nemocniční nákazy, která vedla k těžkému poškození zdraví nebo k úmrtí, se podává okamžitě, a to zpravidla telefonicky nebo faxem nebo elektronickou poštou příslušnému orgánu ochrany veřejného zdraví a následně se potvrzuje na formuláři označeném „Hlášení infekční nemoci,“ (52, s. 3815).

1.1.7 Mikrobiální antibiotická rezistence

Problému rezistence je od poloviny 90. let věnována celosvětová pozornost jak na úrovni vlád některých zemí, tak nadnárodních organizací jako je Evropská unie a Světová zdravotnická organizace. V Evropě sleduje antibiotickou rezistenci systém EARSS (European Antimicrobial Surveillance Resistance System), který monitoruje

kromě jiného také výskyt invazivních infekcí způsobených *Staphylococem aureem* a MRSA a jeho součástí jsou i české mikrobiologické laboratoře (49, 50).

Mikrobiální rezistence je schopnost mikroorganismu odolat inhibičnímu účinku příslušného antimikrobiálního přípravku za použití rozmanitých, zřejmě dosud ne všech známých mechanismů. Rezistence může být přirozená (primární), kdy je citlivost bakterie geneticky určena, a získaná (sekundární), kdy se rezistence vyvíjí v průběhu nebo následkem léčby antibiotikem. Je na místě uvést, co je to vlastně antibiotikum. Jedná se o látku s výrazným baktericidním účinkem, která může být přirozeného nebo syntetického původu. Podle spektra účinku jsou antibiotika rozdělována na úzkospektrá, se středním spektrem účinku a na širokospektrá, podle rozsahu svého působení na mikroorganismy. Možnost použití antibiotika se odvíjí od jeho schopnosti zamezit růstu a množení bakterií, případně je zcela inaktivovat, což se měří metodou minimální inhibiční koncentrace. Je to taková koncentrace, která inhibuje růst definovaného počtu bakterií v definovaném čase (6, 31).

Ve zdravotnictví je na léčbu antibiotiky vynakládáno mnoho prostředků. Přitom ne vždy bývají dodržovány zásady antibiotické politiky a tato léčiva nejsou podávána racionálně. To následně vede k rozvoji rezistence a multirezistence bakteriálních kmenů, pro které se vžil název superbakterie, a k poškozování pacienta. Faktem je, že antimikrobiální přípravky jsou někdy předepisovány bezmyšlenkovitě, jsou nadužívány, někdy snad až zneužívány. Jejich dlouhodobé používání a zejména široká aplikace pro banální příčiny vytváří trvalý tlak antibiotik v prostředí a tudíž selekční výhodu pro kmeny bakterií k nim rezistentních (28, 30).

„Řešení problému rezistence vyžaduje multirezortní přístup lékařů, mikrobiologů, farmakologů, farmaceutů, veterinářů, pacientů, organizátorů zdravotnictví a zemědělství, odborných společností a výrobců antibiotik, přičemž zodpovědnost za vedení účinné strategie k odvrácení hrozby rezistence a zdravotních a ekonomických důsledků spočívá na jednotlivých zemích, jejichž vlády musí zajistit informace, programy surveillance rezistence, vzdělávací programy pro veřejnost, analýzy nákladové efektivity a mezioborovou koordinaci. K dosažení tohoto cíle, který zahrnuje také vývoj nových antibiotik a vakcín, bude v mnoha zemích nezbytné posílit

zdravotní systémy a náklady na zdravotnictví. Pouze tímto způsobem lze odvrátit celosvětovou hrozbu antibiotické rezistence a docílit snížení výskytu a šíření rezistentních infekcí“ (49, s. 176).

1.1.8 Léčba methicilin rezistentního Staphylococca aurea (MRSA)

Léčba pacientů kolonizovaných nebo infikovaných MRSA není jednoduchá. Pro zvládnutí závažných infekcí se podává vankomycin (Edicin) a teicoplanin (Targocid), mírné nebo středně těžké infekce se léčí co-trimoxazolem (Biseptol), pokud jsou však mikroorganismy na tato antibiotika citlivé. Již koncem 20. století se totiž v Japonsku objevily nové rezistentní kmeny vůči vancomycinu – VRSA a jiným glykopeptidovým antibiotikům. Klinicky se ověřila metodika dekolonizace nemocných osídlených MRSA pomocí prostředků firmy Ecolab. Zkušenosti ukazují, že průměrná doba dekolonizace činila u léčených pacientů 3 - 5 dnů, při celkové době ošetření 30 minut, bez zjevného podráždění pokožky, na což jsou vypracované komplexní metody pro dekolonizaci jak mobilních, tak imobilních pacientů. Tato firma dodává na trh produkty Scinman scrub dezinfekční mycí emulzi, Skinsept mucosa slizniční antiseptikum, Skinman soft na ruce, Incidin plus a liquid na plochy. Rozlišení mezi kolonizací a infekcí kmenem MRSA není vždy jednoduché, protože hranice mezi nimi často splývá, a to především u skupiny pacientů s preexistujícími lézemi kůže, sliznic nebo hlubších tkání a u imunokompromitovaných nemocných (35, 44, 48).

Poměrně novým poznatkem je výsledek studie rakouského profesora Strohal, který se zabývá účinkem antimikrobiálního krytí ran s obsahem stříbra a zjistil, že tyto obvazy pomohly v několika případech zlikvidovat infekci MRSA v ráně. Domnívá se, že by tento poznatek mohl velmi významně pomoci v boji s nozokomiální nákazou MRSA, která je velmi rozsáhlá především ve Velké Británii a Spojených státech, a to nejen na jednotlivých odděleních, ale bohužel i na operačních sálech. Bylo by však zapotřebí používání obvazů naimpregnovaných stříbrem standardizovat, jelikož jejich používání ve Velké Británii je už sice zavedené, ale dosud se používají spíše na léčbu popálenin, jako náhrada kůže a pro nemocné s diabetem mellitem. Přípravek se nazývá

Acticoat a je dostupný i v České republice. I na něj se však vztahuje možnost vzniku rezistence při nevhodném používání (47).

1.2 Poskytování ošetrovatelské péče ve zdravotnickém zařízení

„Ve slovnících českého jazyka se pod pojmem ošetrovatelství rozumí odborná péče o nemocné. Ošetrovatelství by však mělo zahrnovat nejen odbornou péči o pacienty, ale i komplexní ošetrovatelskou péči poskytovanou ve zdraví i během nemoci o všechny věkové skupiny lidí. Ukazuje se, že ošetrovatelství nepředstavuje jen praktické ošetrovatelské postupy, ale že jde o složitý myšlenkový proces. Význam ošetrovatelství každý člověk úplně pochopí až tehdy, ocitne-li se v kritickém zdravotním stavu nebo na nemocniční posteli. Specifičnost ošetrovatelství je v tom, že se týká každého člověka od narození až do konce života. Právě proto plní jednu z nejrozsáhlejších úloh zdravotní péče“ (7, s. 12-13).

1.2.1 Vývoj ošetrovatelské péče

Péče o nemocné prodělala během celé své historie mnoho proměn. Její počátky spočívaly v péči laické, později charitativní, na konci 19. století se již hovoří o organizované péči léčebné. V této době byl kladen značný důraz na vzdělání sester, ale jelikož je vyučovali především lékaři, došlo k medicinalizaci ošetrovatelství a k ochabnutí jeho původně charitativního a humánního charakteru. Sestry si pak postupně osvojovaly výkony, které dříve byly výsadou profese lékařské a to na úkor rozvoje vlastního ošetrovatelství. To také vedlo k nejasnostem ve vymezení úloh sester a lékařů a vyvstala potřeba změny stávajícího zdravotnického systému v systém, který by se soustředil na člověka se všemi jeho potřebami. Díky ošetrovatelské teorii a výzkumu je dnes ošetrovatelská praxe obohacena o nové poznatky, které v holistickém pojetí pohlíží na člověka jako na bio-psycho-sociální bytost a jsou tak odrazovým můstkem pro rozvoj moderního ošetrovatelství s dlouhými historickými kořeny (20).

„Ošetrovatelský proces podmiňují preventivní, diagnostické a terapeutické principy a východiska jednotlivých medicínských oborů, jako i psychická, sociální, etická, humánní, společenská, ekonomická, organizátorská, technická a jiná hlediska a

podmínky péče o zdraví. Ošetřovatelství má velký význam nejen pro pokrok a úspěšnost jednotlivých medicínských oborů, ale má nesmírnou morálně – etickou hodnotu pro člověka jako individuum, a to především pro jeho spokojenost, aby mohl žít bez obav o sebe, aby se nebál, že zůstane sám v bolestech, utrpení a umírání, aby nepociťoval obavy o své blízké v nejkritičtějších chvílích jejich života“ (7, s. 12-13).

1.2.2 Potřeby nemocného člověka

Pokud má být řeč o potřebách nemocného člověka, nelze nezpomenout jméno Florence Nightingalové, která nejen že vyzdvihla prestiž ošetřovatelského povolání, ale především měla zájem na uspokojování potřeb nemocných, a to jak základních, jako je hygiena, výživa, odpočinek, tak vyšších, kdy pečovala o podnětné a příjemné prostředí v nemocnici (20).

Pojem potřeba vyjadřuje projev nějakého nedostatku, něco, co člověku chybí a co je třeba nějakým způsobem odstranit, či lépe – uspokojit. Je důležité si vždy uvědomit, že i když všichni lidé mají potřeby společné, nejsou tyto uspokojovány stejnými způsoby, jak by se na první pohled mohlo zdát. Jedna ze základních teorií psychologie říká, že každý člověk, každá osobnost je individualita. Z toho vyplývá, že když dva dělají totéž, není to totéž. A tak i potřeby člověka jsou uspokojovány různě, způsobem žádoucím, který neškodí ani jim, ani jiným a je ve shodě se zákonem, nebo formou nežádoucí, která naopak ve shodě se zákonem není, může škodit dané osobě i ostatním a přesahuje meze sociálně - kulturních hodnot daného člověka. Na potřebu jako pojem lze nahlížet ze tří úhlů. Jedním je biologický význam pro člověka, kdy potřeba vyjadřuje stav narušené fyziologické rovnováhy. Dále je to význam ekonomický, zde potřeby vyjadřují žádost nebo nutnost vlastnit určitý předmět. A konečně význam psychologický, který je zcela specifický a vyjadřuje psychický stav spojený se sociálními nedostatky v životě (46).

Významným způsobem se studiem a rozdělením lidských potřeb zabýval americký psycholog Abraham H. Maslow (1908 - 1970), který zjistil, že lidé, kteří uspokojují své základní potřeby, jsou více šťastní, zdraví a výkonní, než jedinci, kteří své potřeby uspokojené nemají. Rozdělil potřeby na nižší a vyšší, kdy potřeby

nižší musejí být uspokojovány přednostně a teprve pak může dominovat potřeba vyšší a determinovat chování jedince. K nejvýznamnějším příspěvkům Abrahama Maslowa v psychologii patří hierarchie lidských potřeb, kterou obvykle zobrazoval jako pyramidu. (46). (Příloha 2)

V literatuře lze také nalézt poněkud známější dělení potřeb na tělesné, psychické a sociální, zde aplikované přímo na hospitalizované pacienty. Tělesné potřeby mají jednak vliv na hospitalizaci nemocného, jednak přímo ovlivňují psychickou stránku člověka. Mezi nejčastější nedostatky vyskytující se v nemocnici patří žízeň, pocit nedostatku čerstvého vzduchu, problémy s vyprazdňováním a osobní hygienou, poruchy spánku a další. Psychické potřeby člověka v nemocnici jsou orientovány na jistotu a bezpečí, akceptaci ze strany personálu i spolupacientů, významná je potřeba soukromí, nebyt osamělý, mít orientaci a přehled o dění na oddělení, mít dostatek podnětů a aktivitu dle svého stavu. S psychickými potřebami se pak překrývají potřeby sociální, jako je potřeba komunikace, kontaktu a lidské blízkosti, která je kompenzována zejména příbuznými a přáteli nemocného (53).

V nemocničním prostředí hrají důležitou roli také další, dosud nezmíněné aspekty, působící na smysly člověka, které pacienti spíše postrádají. Jedním z nich je ticho. Jak víme, eliminovat hluk na oddělení není vždy úplně jednoduché, přesto klid a ticho člověk v období nemoci tolik potřebuje. Čerstvý vzduch je taktéž důležitým faktorem pro vytvoření pohody. Ve zdravotnických zařízeních se více než kde jinde setkáváme se zápachy, ať už například z exkrementů nebo dezinfekčních prostředků. Často se také zapomíná na barevnost, zdánlivě nedůležitý aspekt, pro lidské smysly však velice podnětný. Při tom stačí zvolit místo univerzální bílé barvy veselejší pastelovou a přiblížit tak pokoj domácímu prostředí. Také světlo má na člověka významně pozitivní vliv, ovlivňuje zejména náladu a psychické smýšlení nemocného. A v neposlední řadě potřebuje člověk kontakt s přírodou a vnějším prostředím. Pokud tedy nemůže nemocný chodit ven na procházky, měl by mít alespoň na kousek přírody výhled z okna (1).

V praxi je hlavní důraz kladen především na potřeby nižší, ale často se zapomíná na to, že člověk má i potřeby vyšší, jako například seberealizaci, symetrii

a krásu, ale také potřebu sounáležitosti a uznání. Při poskytování ošetrovatelské péče by si proto měl každý zdravotník uvědomit, že po uspokojení potřeb základních by měl mít nemocný uspokojovány i ty vyšší, kterými je posilována zejména jeho psychika a následně i somatická stránka (46).

1.2.3 Hospitalizace v životě člověka

Umístění a léčení pacienta v nemocnici, nazývané odborně hospitalizace, je pro většinu nemocných zcela novým zážitkem. Lidé se dostávají do nemocnice většinou ne zcela dobrovolně, ať už přijdou na doporučení praktického nebo odborného lékaře, nebo jsou v akutním stavu přivezeni záchrannou službou. Jsou plni očekávání, co všechno budou muset podstoupit, jak s nimi bude zacházeno a zda jim vůbec bude pomoheno. Člověk je vytržen z dosavadního kontextu života, domácího prostředí a vztahů. Z toho vyplývá, že pobyt v nemocnici představuje pro každého větší či menší psychosociální zátěž v závislosti na věku, předchozích zkušenostech a současných obtížích. Někdy se hovoří o psychosociálně patogenním nemocničním prostředí. Se vstupem do nemocnice se každý jedinec dostává do úplně nové životní role, se kterou se musí nějakým způsobem vyrovnat. Najednou to není on, kdo je hlavním aktérem. Jsou to lékaři, sestry a další odborný personál, který o něj pečuje. Najednou nemůže dělat to, na co je zvyklý, co by sám chtěl. To, kdy bude jíst, kdy půjde spát, do kdy se smí dívat na televizi, kdy bude vstávat, určují jiní lidé. Je ve zcela novém prostředí, v relativní sociální izolaci, spí v jedné místnosti s cizími lidmi, se kterými ne vždy sdílí sympatie. To vše pod rouškou negativních emocí jako je strach, úzkost, obavy z nemoci a budoucnosti. V řadě nemocnic již dnes existuje funkce klinického psychologa, který má v péči duševní a zvláště emocionální stav nemocného. Ale bohužel v další řadě nemocnic tato funkce zřízená není nebo nestačí pokrýt potřeby psychologické intervence, a tak je na zdravotnickém personálu, aby usměrnil psychický stav pacienta a pomohl mu zvládnout nelehkou roli hospitalizovaného. Protože to, že pacient svou nemoc přijme, porozumí postupům léčby, bude důvěřovat lékařům a sestřím a bude na svém uzdravení spolupracovat, je předpokladem úspěšné léčby. V neposlední řadě je třeba, aby všichni zdravotničtí pracovníci měli na paměti pacientova práva, naplňovali

je a všechny nemocné s nimi seznamovali. Ti by také měli vědět, že v nemocnici mají i určité povinnosti, většinou stanovené v „domácím řádu“, které by měli dodržovat a řídit se jimi (2, 17, 18, 42, 53).

1.2.4 Role sestry v péči o nemocného

Stejně tak, jako ošetřovatelství samo, i sesterská profese, sesterské role prodělaly během doby své existence mnoho zásadních změn. Vždyť ošetřovatelství a sestra krácejí celou historií ruku v ruce a nikdy by bez sebe nemohly plnohodnotně existovat. Je tedy na místě zamyslet se nad tím, kdo to vlastně sestra je. Především a v první řadě je sestra člověk. Člověk, který v sociálním kontextu života zaujímá mnoho soukromých i profesionálních rolí, které se v mnohém doplňují, ale bohužel také oslabují, někdy až ohrožují. Pokud sestra vykonává své povolání podle svého nejlepšího svědomí a s plným nasazením, často se to pak odráží v jejím osobním životě, kdy přichází domů psychicky i fyzicky vyčerpaná a leckdy pak není schopna plnit povinnosti manželky, matky, dcery, partnera a kamaráda tak, jak se to od ní očekává. Avšak sestra je zde pro pacienta, musí mu být oporou, profesionálním pomocníkem, poradcem, obhájcem, učitelem, manažerem, musí mít empatické cítění, být vzdělaná, slušná, pracovitá, milá, usměvavá. Výčet toho, co všechno sestra musí a jaká by měla být je téměř nevyčísitelný. Ačkoliv se často hovoří o tom, že sesterské povolání je posláním, a je to pravda, laická veřejnost někdy neumí docenit obětavost zdravotníků a většinou si neuvědomuje, že ten člověk, který se snaží někomu dodat odvalu, pomoci od bolesti a zmírnit utrpení a to vše s úsměvem a laskavostí, má před branami nemocnice a někdy i za nimi také své starosti, bolesti a trápení, která musí skrývat před těmi, pro které tady je, před pacienty. Aby tedy sestra ve svých sociálních rolích co nejlépe obstála, musí být v řadě druhé dobrý diplomat (23, 27).

V interakci s nemocným je to právě sestra, kdo je s ním nejčastěji v kontaktu. Pomáhá mu v uspokojování jeho potřeb, pokud pacient potřebuje a volá pomoc, volá nejprve sestru. To ona je pro nemocného spojovacím článkem mezi vnějším světem a nemocnicí, mezi jím samotným a lékařem, kde plní funkci prostředníka a interpreta lékařových rozhodnutí, a také roli komunikátorky (2).

Sestra by měla mít na paměti, že existují jistá kritéria, podle kterých je pacientem, byť třeba neúmyslně, posuzována a vnímána. Jistě velmi záleží na charakteru osobnosti nemocného a na jeho světonázoru. Obecně lze však říci, že prvním, co ovlivní klientův názor na sestru, je úprava zevnějšku, vystupování a jednání, kultivovanost a celkový výraz. Svůj význam má i to, když se sestra nemocnému nejprve představí. Určitě to prolomí jakousi komunikační bariéru a odstup mezi oběma lidmi. Dále jsou sestry posuzovány dle toho, jak jsou všímavé a jak přistupují k pacientovým problémům, jakým způsobem s ním komunikují, zda dodrží slib, který dají, byť jim to připadá jako maličkost, zda jsou spolehlivé. Jsou to kritéria poměrně stabilní, a proto je důležité je respektovat. Při komunikaci s pacienty je třeba si uvědomit, že nemocný člověk je citlivější, sebestřednější, a že na nemocničním lůžku, kde má málo podnětů a rozptýlení, slyší naše slova opakovaně ještě dlouho po té, co opustíme jeho pokoj a znovu a znovu si přemítá náš rozhovor, gesta, posunky, prostě všechno, co bylo řečeno jak se říká mezi řádky (19).

1.2.5 Vztah lékaře s nemocným při poskytování péče

Bez ohledu na to, co bylo řečeno o všem, co pro pacienta dělá sestra, je v očích lidí tím, kdo zachraňuje životy, lékař. A také jako autorita je uznáván právě on. I když už je v současnosti postavení sester lepší a pomalu vystupují ze stínů lékařů, pořád ještě jsou spíše jejich pravou rukou, než samostatnou jednotkou. Přesto k sobě sestra a lékař při poskytování péče neodmyslitelně patří. Každý lékař na začátku své medicínské praxe dává slib vycházející z Hippokratovy přísahy, což je jakýsi základní kámen bioetiky. Na konci 20. století autoři Beauchamp a Childress vytyčili čtyři základní etické principy – princip neškození (nonmaleficence), princip dobřechinění (beneficence), respekt k autonomii a princip spravedlnosti. Protože zájem pacienta a lékaře nemusí být vždy totožný, naopak se mohou dostat do rozporu, je základní povinností lékaře jednat v nejlepším zájmu pacienta (26, 40).

Jelikož je vztah mezi lékařem a pacientem značně ovlivněn jejich vzájemným očekáváním, která mnohdy bývají zdrojem pozdějších nedorozumění v komunikaci i postojích, je dobré vědět, co pacient od lékaře očekává a naopak. Tak především

nemocný počítá s tím, že mu bude rychle pomoheno od jeho neduhů a bolestí a to při zachování lékařského tajemství. Při sdělování výsledků vyšetření a diagnózy vyvstane někdy určitý rozpor, kdy nemocný sice výsledky znát chce, ale mnohdy nevěří, že by mohly být špatné nebo si to nechce připustit a doufá v jakousi milosrdnou lež, což pak situaci značně stěžuje. Pro pacienta je lékař člověkem, kterého si na jednu stranu váží, ale na straně druhé se ho obává. Jedním z největších lékařových omylů je zase přesvědčení, že pacient bude podřízený, vděčný, že se bude rychle uzdravovat a plně spolupracovat, což sice dělá, ale jen do doby, kdy se cítí být nemocný. Většinou po odeznění akutního stádia nebo bolesti se nemocný cítí lépe a chuť ke spolupráci slábne. Lékař od pacienta též očekává, že mu sdělí všechny potřebné informace včetně těch intimních, že pacient statečně snese narušení své osobní integrity i různé bolestivé úkony a podrobí se všem potřebným, někdy i nebezpečným výkonům a vyšetřením (53).

Aby podobným nedorozuměním bylo předejito, je důležité umět s nemocným dobře komunikovat a uvědomovat si význam komunikace jak verbální, tak neverbální. Sdělování dobrých zpráv nebývá v soukromém ani profesionálním životě nikterak obtížnou situací. Horší je to při sdělování zpráv nepříznivých nebo dokonce velmi špatných. Nikdo asi není rád nositelem špatné zvěsti, snad z obav, jak ten druhý tuto zprávu přijme a emočně zvládne. Ať už se ale jedná o sdělení jakékoliv, mělo by se zachovávat několik zásad a postupů pro rozhovor vhodných. Prvním předpokladem je zajisté velká dávka empatie, schopnosti vcítit se do vnímání druhého člověka. Vůči pacientovi by měla být zachována jeho důstojnost a soukromí, potažmo intimita, tudíž je vhodné k rozhovoru připravit prostředí, v jakém se bude odehrávat. To by mělo být klidné, nerušené ostatním personálem a telefonáty, v soukromí, nejlépe ve dne, za světla a mezi čtyřma očima. V zásadě ne na chodbě, při vizitě, před ostatními pacienty a jen tak mezi řečí. Velmi důležité a často opomíjené je vyjadřování se srozumitelnou formou tak, aby lékařovu sdělení nemocný dobře porozuměl, to znamená jednoduše, zřetelně, věcně a hlavně v jazyce, jaký nemocný ovládá, rozhodně ne v latinském a řeckém názvosloví, na což se nezřídka zapomíná. Důležitá je i zpětná vazba, kterou se zjišťuje, zda oslovený danému sdělení dobře porozuměl. Aby bylo

informovanosti nemocného učiněno za dost, měl by se mu ponechat prostor pro jeho otázky a vyjádření se k problému. Platí zde i staré ponaučení, že sdílená bolest je poloviční bolest, a proto by člověk s nepříznivou zprávou neměl zůstat sám. Vždyť na tom, jak nemocný svoji chorobu duševně přijme, závisí i průběh dalšího léčení a rekonvalescence (45, 51).

1.3 Bariérová ošetrovatelská péče

Bariérová ošetrovatelská péče znamená používání a dodržování postupů, jejichž cílem je zničení patogenních mikroorganismů a zabránění jejich šíření. Je nezbytná v situacích, kdy je třeba zabránit přenosu infekce od pacientů s infekčním onemocněním, nebo z pacientů infikovaných mikroorganismy, které jsou rezistentní vůči běžným antibiotikům nebo kdy je třeba chránit pacienty se sníženou imunitou. Nejdůležitějšími aspekty bariérové péče je izolace infekčního pacienta, důsledné a správné mytí rukou, používání ochranného oděvu a pomůcek a v neposlední řadě dezinfekce a sterilizace (20).

„Bariérová ošetrovací technika představuje komplex ošetrovacích postupů spojených se specifickými materiálními a prostorovými předpoklady k zabránění přenosu nález ve zdravotnických zařízeních. Je jedním ze základních opatření zamezujících přenos infekce z jednoho kolonizovaného či infikovaného pacienta na druhého. Znamená skutečnou technickou a organizačně – materiálovou bariéru mezi ošetrujícím personálem a pacientem a mezi dvěma pacienty“ (42, s. 239).

Správné dodržování zásad hygienicko-epidemiologického režimu není věcí pouze sester a lékařů, ale musí se na něm podílet i pomocný personál, sanitáři a úklidové firmy. Ti všichni musejí být o bariérovém režimu řádně proškoleni a edukováni (5).

1.3.1 Mytí rukou

K přenosu nozokomiálních nález dochází nejčastěji kontaminovanými rukama zdravotníků, a proto tento způsob přenosu představuje pro pacienty největší riziko. Na kůži rukou se vyskytuje řada mikroorganismů patřících k běžné flóře (rezidentní),

ale i mikroorganismů primárně patogenních, což je přenosná, kontaminující flóra (tranzietní). Pro všechny zdravotníky, kteří přicházejí s pacientem do styku, by mělo být mytí a dezinfekce rukou zafixovaným profesionálním návykem, prováděným zcela automaticky. Základním předpokladem je zde také neporušená kůže na rukou, krátké nehty a žádné šperky. V této oblasti je velice důležitá dostatečná informovanost a edukace veškerého zdravotnického personálu, včetně studentů zdravotnických škol, aby nedocházelo k přenosu infekce. Přiměřená hygiena může patogenu zabránit, aby se vůbec uchytil, takže je jednou z možností, jak se vyhnout nebezpečí (8, 22, 29, 37).

Situace, kdy je nezbytné si umýt ruce, jsou: před podáváním jídla, nápojů a léků, před aseptickými a invazivními výkony, před přímým kontaktem s nemocným nebo při péči o nemocné s poruchou imunity, před vstupem do izolačního pokoje a před odchodem z oddělení. Dále po odstranění rukavic, úpravě lůžka a okolí, po použití WC, čištění a dotyku nosu, po dotknutí se pomůcek, které byly potřísněny tělními tekutinami, po opuštění izolačního pokoje, po ošetřování MRSA - pozitivního pacienta a po dotyku nebo krytí rány (54).

Mytí rukou je rozděleno na tři typy. Je to běžné mytí, hygienická dezinfekce a chirurgická dezinfekce rukou, kdy každý z uvedených typů má své zásady.

Běžné mytí rukou je nejčastějším způsobem a provádí se vždy v situacích jmenovaných výše. Do dlaní se nabere 3 - 5ml tekutého mýdla a po spojení s vodou se ruce myjí po dobu 30s. podle stanovených šesti tahů provedených vždy 5x za sebou. Osušení se provádí jednorázovým papírovým ručníkem. (Příloha 3)

Hygienická dezinfekce rukou se používá vždy při péči o ohrožené pacienty s poruchou imunity, novorozence, či nemocné na JIP, u pacientů MRSA - pozitivních, před aseptickým výkonem, po práci s biologickým materiálem nebo manipulaci s prádlem. Tato hygiena je namířena proti ulpívající přenosné mikroflóře. Použije se 3 - 5 ml antiseptika, které se vtírá do suchých rukou po dobu 30 - 60s. podle druhu a působnosti přípravku. Ruce se pak už neoplachují, ale po opakované dezinfekci je nutné je ošetřit regeneračním krémem.

Chirurgická dezinfekce rukou je zaměřená na přenosnou kožní mikroflóru a proti mikroflóře ve vnitřních vrstvách pokožky rukou. Provádí se před operačními

výkony. Ruce se myjí antiseptickým roztokem po dobu 2 minut včetně vyčištění nehtů. Aplikací antibakteriálního přípravku v tomto časovém intervalu je antibakteriální účinek udržen po delší dobu. Ruce se pak suší sterilním ručníkem (37, 38, 54).

1.3.2 Ochranný oděv a pomůcky

Jednou z nejzákladnějších a běžně používaných ochranných pomůcek jsou rukavice. K osobní ochraně se používají rukavice nesterilní, které při výkonech chrání ruce před znečištěním a zabraňují přenosu infekce z nemocného na personál a z nemocného na nemocného. Částečně chrání pokožku rukou před agresivními účinky dezinfekčních prostředků a jiných škodlivin. Používají se pouze jednorázově a to například při kontaktu s tělními tekutinami, při manipulaci s kontaminovanými pomůckami nebo s prádlem, také při péči o infekčního nemocného. Mění se mezi činnostmi a mezi jednotlivými pacienty, pokud jsou kontaminovány infekčním materiálem, nebo pokud jsou poškozené. Používání rukavic má však také svá rizika. Na rukou se pod nimi tvoří vlhké a teplé prostředí povzbuzující růst bakterií. Mohou také způsobovat alergie, čemuž se dá předejít používáním typů bez pudru a pečlivým umytím rukou po jejich sejmutí (54).

Při infekcích, které se šíří dýchacími cestami se doporučuje používat obličejové roušky. I ony ale mají své slabé stránky. Nefungují, pokud jsou navlhlé, pak nefiltrují mikroorganismy účinně. Při nasazování či snímání se snadno kontaminují rukama, proto je nutné jejich jednorázové použití, nesmějí se nosit na krku a používat opakovaně. Jelikož existují zprávy o nákaze HIV při vystříknutí krve do tváře, měly by se společně s rouškami používat ochranné brýle při činnostech, při kterých hrozí potřísnění tváře tělesnou tekutinou. Jednorázové pokrývky hlavy slouží k ochraně vlasů před kontaminací patogeny a měly by být nošeny při činnostech, ze kterých toto riziko vyplývá. K omezení přenosu mikroorganismů na pacienty, při nebezpečí potřísnění uniformy tělními tekutinami, při manipulaci s prádlem nebo při ošetřování MRSA-pozitivního pacienta se používají ochranné zástěry, přitom platí, že plastové zástěry chrání lépe než bavlněné nebo papírové (34, 54).

1.3.3 Dezinfekce a sterilizace

Proces usmrcení nebo odstranění mikroorganismů z prostředí nebo z předmětů bez ohledu na snížení jejich počtu, kdy se podle účinnosti postupu rozlišuje mechanická očista (sanitace), dezinfekce, vyšší stupeň dezinfekce a sterilizace se obecně označuje jako dekontaminace (14).

Mechanická očista je souborem postupů, které odstraňují organické a anorganické nečistoty z povrchů a předmětů nebo snižují jejich množství s využitím čisticích roztoků nebo enzymatických prostředků v doporučené koncentraci rozpuštěných v co nejteplejší vodě za případného použití kartáčů, mopů, utěrek, mycích a čisticích strojů, tlakových pistolí nebo ultrazvukových přístrojů. Dezinfekce a sterilizace je ve zdravotnických zařízeních řazena k nejvýznamnějším opatřením v prevenci nozokomiálních nákaz. V současné době, kdy výskyt rezistentních a multirezistentních mikrobiálních kmenů vůči dezinfekčním přípravkům v nemocničním prostředí stoupá, vzrůstá i význam správného provádění dezinfekce a sterilizace (10, 22).

Dezinfekce je soubor opatření, která vedou ke zneškodnění mikroorganismů pomocí fyzikálních, chemických nebo kombinovaných postupů. Při volbě postupu se vychází ze znalosti cest a mechanismů přenosu infekce a odolnosti mikroorganismů. Dezinfekční prostředky jsou obecně označovány jako protoplazmatické jedy, zasahující do metabolismu mikroorganismů. Bakteriální buňky mohou ovlivnit reverzibilně, hovoří se o bakteriostatickém či sporostatickém působení, i ireverzibilně, kdy je působení dezinfekce baktericidní nebo sporocidní. Podobně je tomu s účinkem na plísň, kdy přípravek působí fungistaticky, fungicidně. Virucidní působení nebo-li inaktivace virů závisí na přítomnosti jejich obalu, kdy větší viry jsou méně odolné k dezinfekčním prostředkům než malé v závislosti na druhu obalu viru (24).

Do fyzikální dezinfekce patří var za atmosférického tlaku po dobu nejméně 30 minut, var v přetlakových nádobách po dobu nejméně 20 minut, dezinfekce v přístrojích při teplotě 90°C a vyšší po dobu 10 minut, UV záření o vlnové délce 253,7nm-264nm, filtrace, žihání a spalování.

Při použití chemické dezinfekce se postupuje dle návodu výrobce a dodržují se tyto zásady: připravují se pro každou směnu čerstvé, dle potřeby i častěji, v závislosti na zatížení biologickým materiálem, dodržuje se předepsaná koncentrace a doba expozice podle pokynů výrobce, volí se takové přípravky a postupy, které nepoškozují ošetřovaný materiál. Dále je nutné střídat dezinfekční prostředky k zabránění vzniku mikrobiální rezistence podle dezinfekčního řádu, musí se dodržovat zásady ochrany zdraví a bezpečnosti a používat osobní ochranné pomůcky.

Druhem fyzikálně-chemické dezinfekce je třeba paroformaldehydová komora, sloužící k dezinfekci textilu, vlny, kůže a kožešin při teplotě 45-75°C, dále sem patří prací, mycí a čistící stroje ve kterých dezinfekce probíhá s přísadou chemických dezinfekčních prostředků při teplotě do 60°C.

Pro zdravotnické prostředky a předměty, které nelze dostupnými metodami sterilizovat se používá tzv. vyšší stupeň dezinfekce. Tyto pomůcky se následně oplachují sterilní vodou k odstranění zbytků dezinfekčních prostředků a jsou určeny k okamžitému použití nebo se mohou skladovat 8 hodin kryté sterilní rouškou v uzavřených kazetách nebo skříních. Pro každý zdravotnický prostředek dezinfikovaný touto cestou se vede deník (33).

Sterilizace je proces vedoucí k usmrcení všech mikroorganismů včetně spor, k ireverzibilní inaktivaci virů, usmrcení zdravotně významných červů a jejich vajíček. Sterilní musí být veškeré pomůcky nástroje, které jsou používány k invazivním výkonům na sliznicích a tkáních. Soubor činností, které vlastní sterilizaci předcházejí, se nazývá předsterilizační příprava, jejímž výsledkem je suchý, čistý, funkční a zabalený prostředek určený ke sterilizaci. Ke sterilizaci ve zdravotnictví je využívána metoda fyzikální a chemické sterilizace (10).

Fyzikální sterilizace zahrnuje sterilizaci vlhkým teplem v parních strojích nebo-li autoklávech a je vhodná pro prostředky z kovu, skla, keramiky, textilu, gumy a plastů. Sterilizace proudícím horkým vzduchem, horkovzdušná, je vhodná na předměty z kovu, skla, porcelánu, keramiky a kameniny. Sterilizace plazmou se nepoužívá na savé materiály a na materiály na bázi celulózy, využívá se při ní plazmy vznikající při vysokofrekvenčním elektromagnetickém poli, které ve vysokém vakuu

působí na páry peroxidu vodíku nebo jiné chemické látky. Při sterilizaci radiační vyvolává sterilizační účinek gama záření, které je využíváno při průmyslové výrobě jednorázového sterilního materiálu.

Na materiál, který nelze sterilizovat fyzikálními způsoby je určena chemická dezinfekce prováděná pomocí plynů předepsaného složení a koncentrace. Jako sterilizační médium se používá formaldehyd nebo ethylenoxid (33).

1.3.4 Izolace

Izolace nakaženého člověka slouží k zabránění přenosu infekce na personál a ostatní pacienty na nemocničním oddělení, nebo-li k zabránění vzniku a přenosu nozokomiální nákazy. Jedná se o oddělení infekčních pacientů a všech látek, se kterými přišli do kontaktu nebo jejich vyloučení od ostatních nemocných. Izolace se provádí podle možností zařízení, druhu infekce a podle způsobu jejího přenosu, což může být přímým kontaktem, vzduchem, potravou, krví, kapénkovou infekcí, kožními šupinami či exkrementy. Má-li být izolace účinná, musí být provedena včas a musí zahrnovat všechny nemocné osoby, které by mohly infekci dále šířit. Izolace trvá po celou dobu nakažlivosti nemocného, její způsob určuje ošetřující lékař nebo epidemiolog a řídí se seznamem nemocí, u kterých je z epidemiologických důvodů nařízená. Nemocný, který je podezřelý z nákazy, je povinen podrobit se vyšetření a léčení, spolupracovat při epidemiologickém šetření a označit pravděpodobný zdroj nákazy včetně osob, které mohl nakazit. Nejčastějším způsobem izolace na běžných odděleních je vytvoření samostatného jednolůžkového nebo v případě několika pacientů se stejnou infekcí vícelůžkového pokoje. Tehdy se pak hovoří o kohortě. Tato metoda izolace neumožňuje výrazně snížit možnost nakažení potencionálními patogeny, ale pouze brání jejich přenosu z člověka na člověka. Aby byla vybrána nejvhodnější část oddělení, musí se brát v úvahu faktory jako je relativní čistota oddělení, úroveň úklidových a technických služeb, předpokládaná doba izolace a mikrobiologický stav ostatních pacientů. Důležité je, aby nemocný v izolaci dodržoval pravidla, o kterých ho poučí zdravotnický personál. Měl by také určit nejbližší příbuzné a přátele, kteří ho budou navštěvovat. Ti by jednak neměli mít známky infekce a dále by to neměly být

děti mladší 10 let. Zdravotní stav nemocného a celkovou situaci je pak zapotřebí pravidelně přehodnocovat a určit, zda-li je izolace pacienta nutná. Je nutné pamatovat na to, že izolace může mít na psychiku pacienta vážný vliv, a proto by se pobyt nemocného v ní měl minimalizovat (20, 31, 34).

1.4 Ošetrovatelská péče o nemocného s MRSA

Vzhledem k tomu, že MRSA je v současnosti obávanou nozokomiální nákazou, která si rychle vytváří ochrannou rezistenci vůči medicínským zbraním jako jsou antibiotika a dezinfekční přípravky, bylo nutné vypracovat účinná hygienicko-epidemiologická opatření, která jsou jedinou možností, jak přerušit řetězec jejího šíření. Proto byl vytvořen dokument „Doporučený postup pro kontrolu výskytu kmenů *Staphylococcus aureus* rezistentních k oxacilinu (MRSA) a s jinou nebezpečnou antibiotickou rezistencí ve zdravotnických zařízeních“, který byl zdravotnickými zařízeními zpracován a rozpracován do standardizované formy té které nemocnice (3, 12).

1.4.1 Obecné zásady péče o MRSA pozitivní pacienty

Pokud je pacient v dobrém klinickém stavu, nemělo by se s jeho propuštěním otálet. Nemocný musí být izolován na samostatném pokoji, který je vybavený sociálním zařízením nebo mu WC a sprcha musí být vyčleněny. Při výskytu více pacientů s MRSA je možno je izolovat na jednom pokoji (kohorta). Na pokoji musí být dávkovač s tekutým mýdlem, dezinfekční prostředek na ruce taktéž s dávkovačem a box s papírovými ručníky. Opatření, kterým se nemocný musí podřídit, mu musí být vhodným způsobem vysvětlena lékařem a to vždy ústně, pro doplnění dostávají nemocní informace i v tištěné podobě. Pokud je pacient překládán na jiné oddělení či do jiného zdravotnického nebo sociálního zařízení, musí být toto zařízení seznámeno s jeho MRSA pozitivitou, což se uvede i do překládové zprávy včetně antibiogramu. Je nutné upozornit i všechna vyšetřovací pracoviště, na které se nemocný posílá. Ten pak musí být oblečen tak, aby byla minimalizována možnost přenosu. Pokud má pacient respirační onemocnění, musí si před opuštěním pokoje nasadit obličejovou roušku.

Veškerý personál musí mít nakrátko ostříhané nehty, ruce bez jakýchkoliv šperků a ozdob, přičemž mají být vyčleněni pracovníci pro péči o izolovaného pacienta, kteří následně při odchodu ze služby provedou osobní hygienu. Chorobopis zůstává vždy mimo izolační pokoj a je zřetelně označen „MRSA“, nikdy se nepokládá na lůžko, vozík ani nemocnému na klín při jeho nezbytném transportu mimo izolaci. Také pokoj musí být označen nápisem „izolační pokoj“, „bariérový režim“ nebo dle zvyklostí oddělení. Před dveře pokoje se pokládá mop s dezinfekcí, dveře se nechávají otevřené jen po dobu nezbytně nutnou. Dále veškeré pomůcky jako fonendoskop, tonometr, teploměr, podložní mísa a močová láhev musí být pro pacienta individualizované, preferují se jednorázové pomůcky. Žádný předmět se nesmí z pokoje vynést, aniž by byl před tím řádně vydezinfikován. Pokud uměle implantovaná tělesa jako třeba kanyly, katétrů jeví známky infekce, musí být ihned odstraněny. Při činnostech, které jsou prováděny na všech pokojích, jako je vizita, podávání stravy a léků, úprava lůžka, se zařazuje izolační pokoj až nakonec pořadí. Taktéž v případě plánované operace je nemocný zařazen nakonec operačního programu a o MRSA musí být informována vrchní sestra operačních sálů (3, 15, 21, 32). (Příloha 4)

1.4.2 Režimová opatření při péči o pacienta s MRSA

Jelikož si každé zdravotnické zařízení vytváří své vlastní interní standardy, je možné setkat se s určitými odlišnostmi v pokynech pro péči o MRSA pozitivní pacienty. Dodržování standardu je vždy závazné v rámci nemocnice, která si jej utvořila.

V zásadě platí, že na pokoj mají vstup zakázán studenti a stážisté ze škol, protože bariérový režim musí být dodržován důsledně poučenými a vyškolenými pracovníky. Pro pacienty platí režim stanovený domácím řádem s přihlédnutím ke konkrétním podmínkám a rizikům přenosu nákazy, obzvláště by měli dbát na hygienické zásady a omezený kontakt s ostatními pacienty. Osobní hygienu by měl nemocný provádět dvakrát denně za použití antibakteriální emulze. Pokud je kolonizovaný v dutině nosní, je třeba ji vytírat třikrát denně antiseptickým roztokem. Osobní pomůcky nemocného jako je zubní kartáček nebo hřeben se každý den

dezinfikují. Osobní a ložní prádlo i ručníky se vyměňují každý den nebo vždy při znečištění, také po každém převazu. Je nutné poučit taktéž návštěvy o jednorázovém oděvu, použití rukavic a následném mytí a dezinfekci rukou, o zákazu sedat si na lůžko nemocného. Personál včetně úklidové služby si vždy před vstupem do pokoje obleče jednorázový oděv a ústenku. Ten, kdo bude nějakým způsobem manipulovat s pacientem si navlékne také rukavice a pokrývku hlavy. Ochranný plášť musí mít dlouhé rukávy, po použití je možno jej pověsit na pokoji na věšák lícovou stranou navrch. Mění se při každém znečištění, po toaletě pacienta a po každé směně. Nikdy se z pokoje nevynáší, pokud se neodloží na věšák, dá se do kontejneru s prádlem nebo do odpadu dle materiálu pláště. S prádlem se manipuluje podle platných zásad, zbytečně se nenatřásá, nehází na zem a je ukládáno do plastových pytlů označených „infekční prádlo“. Před svázáním se pytle s prádlem prolíjí předepsaným množstvím a koncentrátem dezinfekčního prostředku Presept. Jakýkoliv odpad od pacienta je považován za infekční a je likvidován jako specifický zdravotnický odpad ihned po naplnění koše nebo alespoň jednou denně (3, 15, 21).

Dezinfekce na izolačním pokoji je prováděna podle platného dezinfekčního plánu nemocnice a to dezinfekčními prostředky účinnými na MRSA při dodržení všech zásad používání a manipulace s dezinfekčními prostředky. Nádobí od pacienta je dezinfikováno na pokoji a ponecháno po dobu hospitalizace, přičemž strava je předávána bezdotykově z ústavního nádobí. Všechny plochy na pokoji se dezinfikují dvakrát denně nebo při biologickém znečištění. Po ukončení izolace se na pokoji provede důkladná dezinfekce veškerých předmětů, všech ploch a místnost se nechá 24 hodin uzavřená. Po té se provedou kontrolní stěry z rizikových míst pokoje na přítomnost MRSA a pokud jsou bakteriologické výsledky vyhovující, může být znovu obsazen (36).

V souladu s etickými a psychologickými aspekty nesmí být nemocný na izolačním pokoji poškozen tím, že u něho bude omezena léčebná a ošetřovatelská péče. Velký důraz je nutno klást na jeho psychiku, i proto je třeba umožnit nemocnému návštěvy, které však musí být zdravotnickým personálem dobře informovány o bariérovém režimu a ten důsledně dodržovat (3).

Při poskytování péče nemocnému uloženému v izolaci by si měli všichni, a to nejen zdravotníci, ale také návštěvy, uvědomit, že označení někoho za infekčního a zavedení bariérového ošetřování, s sebou přináší jisté aspekty, jež je nutno brát v úvahu. Na člověka může mít izolace vliv jednak v podobě zhoršení zdravotního stavu, zvýšeného strachu, bolesti a psychického stresu, v neposlední řadě pak emocionální, ekonomické a sociální důsledky pro nemocného, jeho rodinu i zdravotnické zařízení. Proto je významným předpokladem spolupráce pacienta a jeho blízkých se zdravotníky citlivá komunikace, zahrnující kvalitní informovanost nemocného i příbuzných a maximální empatii všech pečujících (20).

1.4.3 Některé možné problémy nemocných vystávající z pobytu v izolaci

Jak už bylo zmíněno v kapitole 1.2.3, hospitalizace je pro většinu lidí velmi zátěžovou, potažmo stresovou situací. Nejen že se člověk musí vyrovnat s faktem vlastní nemoci a jejích příznaků, které dokáží život značně zkomplikovat, ale zároveň je vytržen z kontextu dosavadního života, od své rodiny, přátel, zaměstnání a zvyků. To je běžné u klasické hospitalizace. Avšak s umístěním v izolaci vystávají další, pro mnoho nemocných nové stresující faktory, které mohou mít negativní dopad jak na psychickou, tak na sociální stránku zdraví. A jelikož jsou známé jisté příčinné souvislosti, zrcadlí se tyto aspekty následně do stránky fyziologické. To samozřejmě vychází z bio-psycho-sociální jednoty člověka a jeho zdraví (42).

Izolace, která je součástí protiepidemických opatření, může mít na pacienta vliv jak negativní, tak i pozitivní. Příznivě může působit například v tom smyslu, že nemocný, který je na pokoji sám, má klid, není rušen spolupacienty, kteří mají odlišné návyky a potřeby, není rušen například při spánku. Taktéž různé povahové rysy lidí nemusí být ve vzájemném souladu a spolehospitalizovaní klienti si ne vždy rozumí. Dále také nemocnému může vyhovovat soukromí, které je přítomností někoho dalšího téměř vždy narušené. Naproti tomu k negativním vlivům se řadí absence sociálních kontaktů, které jsou v izolaci omezené, stejně jako volný pohyb po oddělení nebo areálu nemocnice, člověk se nemůže svěřit a spolupodílet se na svých starostech s ostatními a tím se kompenzovat a vyrovnávat s hospitalizací. Může mít pocit

osamocení, odloučení a odložení, následně je smutný, labilní třeba i plačtivý, což mu na vyléčení a rekonvalescenci jistě nepřidá. Od takového psychického rozpoložení je už jen krůček k hospitalizmu (42).

„Hospitalizmus vzniká tehdy, jestliže člověk žije dlouhodobě izolován ve zdravotnickém či sociálním zařízení, v němž chybí programy, které by přinášely psychosociální stimulaci. U pacientů trpících hospitalizmem lze pozorovat apatii, automatismy, zdánlivě nemotivované projevy agresivity vůči druhému, sebepoškozování či nekonečné sledování televizních programů bez jakéhokoliv výběru“ (53, s. 37).

V rámci prevence hospitalizmu je důležité zajistit nemocným adekvátní a přístupné zaměstnávání, kterým se zabaví a odpoutá od sebestředného pozorování sebe sama. Podle možností by měl mít pacient i dostatek sociálních kontaktů, které nejen v izolaci, ale i při běžné hospitalizaci supluje právě ošetrovatelský personál. Pokud by měl každý zdravotnický pracovník na paměti i jisté známé stresory, jako třeba hluk, světlo, vnucený režim, strohost prostředí, chudost barev, ale i vlastní obtíže nemocného, jako je bolest, obavy, strach a mnoho dalších, ovlivnitelných faktorů, jistě by bylo negativní vnímání hospitalizace klientem a izolace s ní spojené zvládnutelnější a pro nemocného přijatelnější. Vyžaduje to však nejen velkou dávku profesionality, zainteresovanosti a ochoty, ale také lidskosti a empatie (42).

2. Cíl práce

Cílem bakalářské práce je zjistit, jak klienti s diagnózou MRSA hospitalizovaní v izolaci vnímají ošetrovatelskou péči zdravotnického personálu.

2.1 Hypotéza

Klienti s diagnózou MRSA, kteří jsou informováni o průběhu ošetrovatelské péče v izolaci, vnímají ošetrovatelskou péči pozitivně.

3. Popis metodiky

3.1 Použité metody

Ke sběru dat ke splnění stanoveného cíle byla použita metoda dotazování, technikou standardizovaného rozhovoru na základě předem připravených otázek, které jsou zanesené v dotazníku. (Příloha 1) Tato metoda byla zvolena z důvodu, že nemocným v izolaci není možné rozdat dotazníky a následně je vynést z pokoje, aniž by nebyla porušena protiepidemická opatření. Rozhovor s klienty byl veden individuálně. Kritériem pro výběr respondentů byla jejich hospitalizace v izolaci v souvislosti s nálezem MRSA, a to konkrétně na standardních ošetrovacích jednotkách. Před vlastním šetřením byla provedena pilotní studie se 6 respondenty, na základě které byly otázky přehodnoceny a doplněny. Výsledky pilotáže nejsou zařazeny do konečných výsledků studie. Úvodní část otázek je věnována identifikačním údajům respondentů (pohlaví, věk, vzdělání), následují otázky zaměřené na informovanost nemocných o důvodu izolace a o pravidlech poskytování ošetrovatelské péče v izolaci. V poslední části je pozornost cílena na vnímání ošetrovatelské péče v izolaci klienty. Otázek k rozhovoru, které jsou sjednocené v dotazníku, je 23. Z nich je 11 otázek uzavřených (1, 2, 9, 10, 11, 14, 16, 17, 19, 20, 21) a 12 polouzavřených (3 - 8, 12, 13, 15, 18, 22, 23), kdy u 3 mohli respondenti zvolit více odpovědí (8, 15, 22). U 3 otázek se dotazovaní nemocní mohli volně vyjádřit, pokud odpověděli „ano“ (4, 7, 23).

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Pilotní studie byla provedena během měsíců ledna a února 2007, vlastní šetření probíhalo během měsíců března a dubna 2007. O jeho umožnění byly požádány hlavní sestry Nemocnice Písek, a.s., Nemocnice České Budějovice, a.s., Nemocnice Strakonice, a.s. a Nemocnice Tábor, a.s. V Nemocnici České Budějovice, a.s. nebylo šetření z nezjištěných důvodů povoleno, čímž byl rozsah sledovaného vzorku respondentů omezen. V ostatních nemocnicích šetření povoleno bylo, avšak v Nemocnici Tábor, a.s. byl v době jeho průběhu izolován pouze 1 klient s MRSA, který nebyl kontaktován. V Nemocnici Písek, a.s. a v Nemocnici Strakonice, a.s. byly

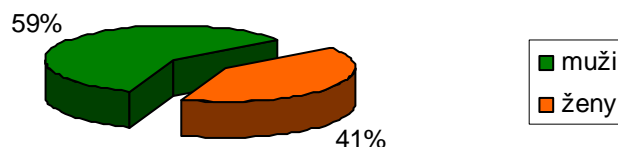
po schválení hlavními sestrami požádány o povolení k provedení šetření taktéž všechny vrchní sestry, na jejichž jednotkách byli toho času hospitalizováni nemocní s MRSA.

Za účelem získání souboru respondentů bylo kontaktováno 32 klientů hospitalizovaných v izolaci z důvodu nálezu MRSA, s nimiž byl následně veden rozhovor. Každý nemocný byl před zahájením rozhovoru po představení tazatele seznámen s důvodem a cílem návštěvy včetně upozornění na anonymnost. Otázky byly pokládány dle struktury dotazníku a odpovědi respondentů ihned zaznamenávány. K omezení sledovaného vzorku došlo v souvislosti ještě s dalším problémem, který se vyskytl. S 8 izolovanými klienty s MRSA totiž nemohl být navázán verbální kontakt pro fatickou nebo sluchovou poruchu nebo pro jejich celkově špatný zdravotní stav, a proto bylo od šetření s nimi ustoupeno. Během rozhovorů s klienty v izolaci byla tazatelem dodržována bariérová opatření.

4. Výsledky

Graf 1 Pohlaví respondentů

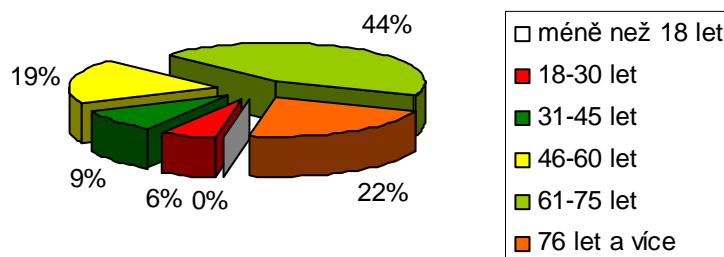
(graf k otázce č. 1)



Z celkového počtu 32 (100 %) respondentů je 19 (59 %) mužů a 13 (41 %) žen.

Graf 2 Věk respondentů

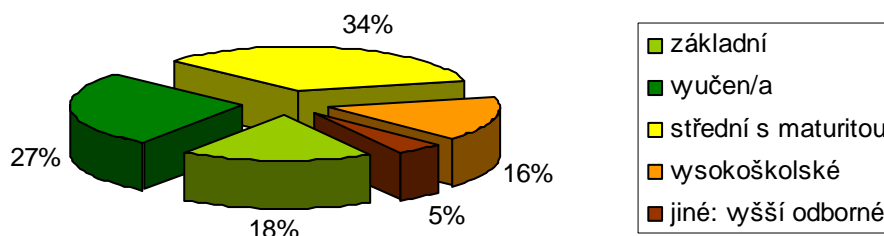
(graf k otázce č. 2)



14 (44 %) respondentů se nachází v rozmezí 61 - 75 let, 76 let a starších je 7 (22 %) pacientů, mezi 46 – 60 lety je 6 (19 %) nemocných, 3 (9 %) dotázaní jsou ve věku mezi 31 – 45 let, 18 – 30 let je 2 (6 %) pacientům a méně než 18 let není žádnému z respondentů (0 %).

Graf 3 Vzdělání respondentů

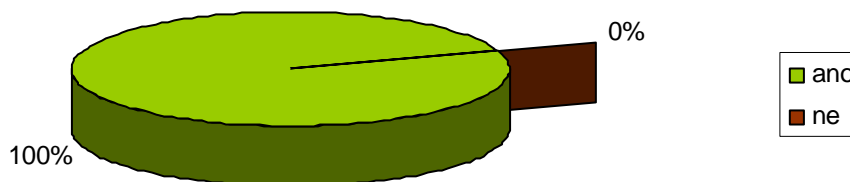
(graf k otázce č. 3)



Graf znázorňuje, že 11 (34 %) respondentů má středoškolské vzdělání ukončené maturitou, 8 (27 %) dotázaných je vyučeno, 6 (18 %) nemocných má ukončené základní vzdělání, 5 (16 %) nemocných má vysokoškolské vzdělání a 2 (5 %) respondenti uvedli jiné: vyšší odborné vzdělání.

Graf 4 Informovanost respondentů o důvodu izolace

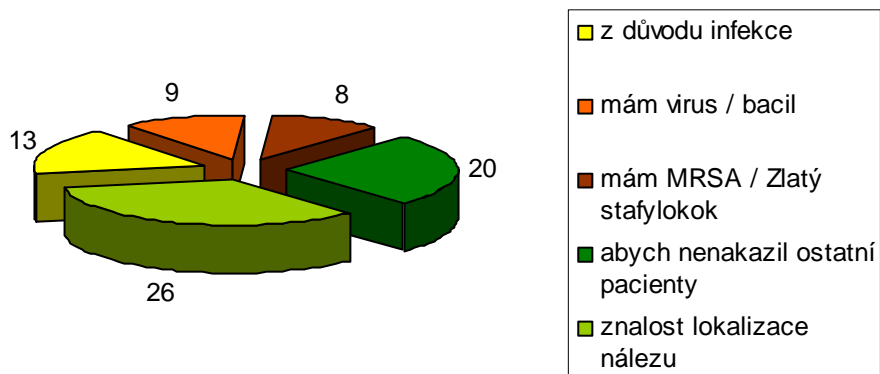
(graf k otázce č. 4)



Z grafu je patrné, že 32 (100 %) nemocných ví, proč jsou v izolaci, nikdo (0 %) neuvedl, že mu tato skutečnost není známa.

Graf 5 Míňení respondentů o důvodu izolace

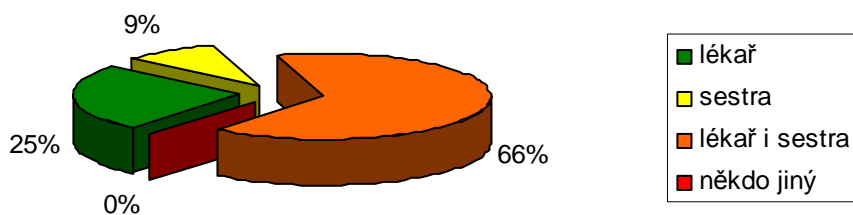
(graf k otázce č. 4)



Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 4 a vyjadřuje četnost odpovědí na otázku, co nemocní považují za důvod izolace. 26 nemocných znalo místo, kde byl u nich MRSA lokalizován. Celkem 20 dotázaných uvedlo jako důvod to, aby nenakazili ostatní pacienty. 13 respondentů uvedlo, že jsou izolováni z důvodu infekce, 9 nemocných vědělo, že mají nějaký virus nebo bacil, ale nedokázali ho pojmenovat a 8 lidí znalo název MRSA nebo Zlatý stafylokok.

Graf 6 Kdo nemocné informoval o důvodu izolace

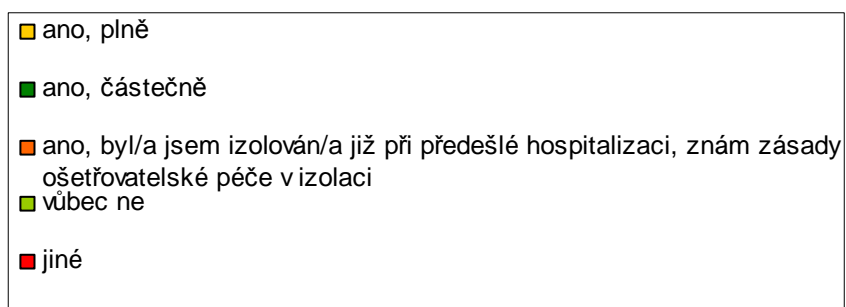
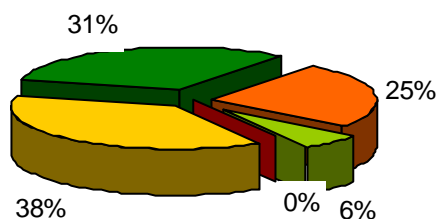
(graf k otázce č. 5)



21 (66 %) nemocných bylo o důvodu izolace informováno lékařem i sestrou, 8 (25 %) respondentů samotným lékařem, 3 (9 %) dotázané informovala sestra a nikdo (0 %) nevedl, že byl informován někým jiným.

Graf 7 Informovanost respondentů o pravidlech poskytování ošetrovatelské péče v izolaci

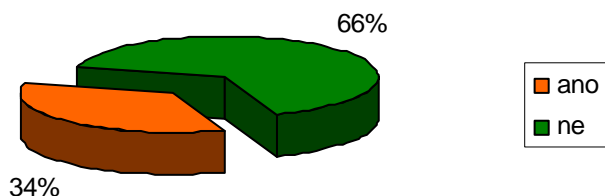
(graf k otázce č. 6)



Graf ukazuje, že o pravidlech ošetrovatelské péče v izolaci bylo plně informováno 12 (38 %) respondentů, částečně 10 (31 %) pacientů, z předešlé hospitalizace znalo izolaci a zásady v ní dodržované 8 (25 %) nemocných a pouze 2 (6 %) respondenti uvedli, že o tom informování nebyli. Nikdo z dotázaných (0 %) nezvolil možnost jiné.

Graf 8 Setkání respondentů s informací o problematice MRSA před hospitalizací

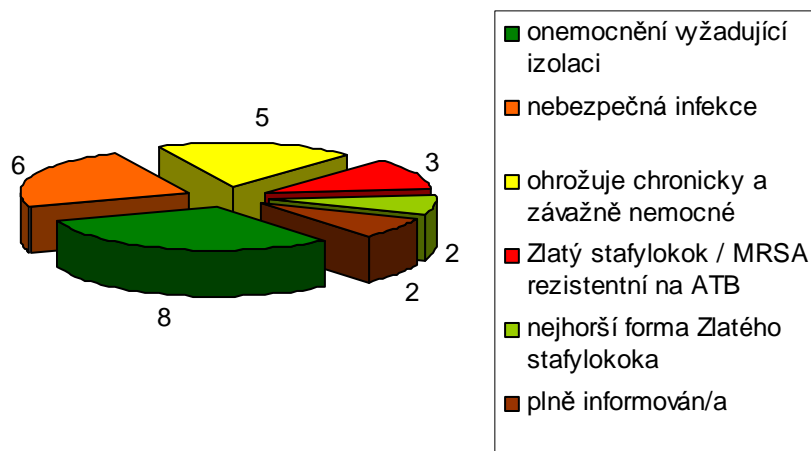
(graf k otázce č. 7)



11 (34 %) nemocných se s informacemi o MRSA setkala již v době před současnou hospitalizací, 21 (66 %) dotázaný nikoliv.

Graf 9 Znalosti respondentů o MRSA před hospitalizací

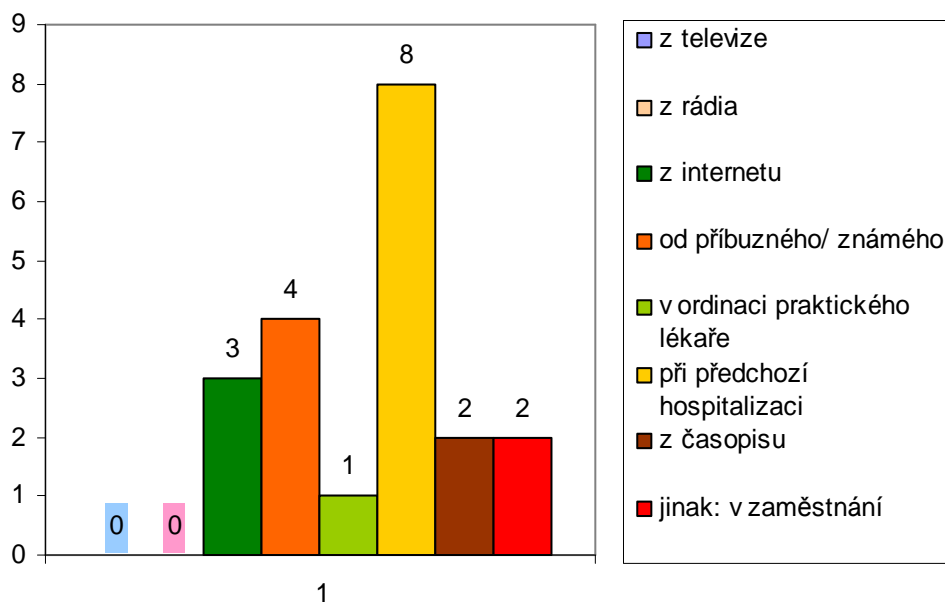
(graf k otázce č. 7)



Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 8 a vyjadřuje četnost odpovědí o znalostech respondentů (11) v problematice MRSA před hospitalizací. 8 nemocných vědělo, že jde o onemocnění vyžadující izolaci, 6 nemocných uvedlo, že je MRSA nebezpečná infekce, 5 dotázaných slyšelo, že jsou ohroženi hlavně chronicky a závažně nemocní. 3 respondenti věděli, že je Zlatý stafylokok nebo MRSA rezistentní na ATB, 2 uvedli, že je MRSA nejhorší forma Zlatého stafylokoka a 2 respondenti byli plně informováni.

Graf 10 Zdroj informací respondentů o problematice MRSA

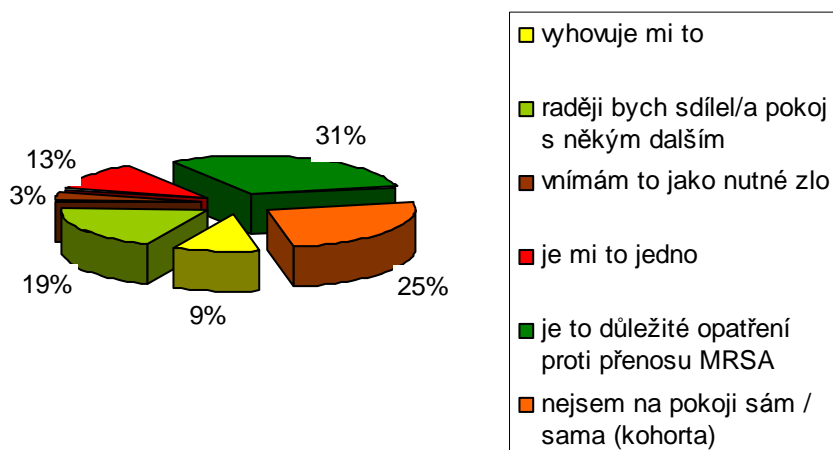
(graf k otázce č. 8)



Graf se vztahuje ke grafu 8 a vyjadřuje četnost odpovědí respondentů o zdroji informací o problematice MRSA. Odpovídalo 11 dotazovaných, kteří mohli zvolit více odpovědí. 8 nemocných mělo informace o MRSA z předchozí hospitalizace, 4 nemocní se o něm doslechli od příbuzného nebo známého. 3 respondenti získali informace na internetu, 2 dotázaní se o problematice dočetli v časopise, 2 nemocní zvolili možnost jiné: znali problematiku ze svého zaměstnání. 1 nemocný o MRSA slyšel v ordinaci praktického lékaře. Z televize ani z rádia neměl informace nikdo z dotazovaných.

Graf 11 Vnímání samostatného pobytu na pokoji respondenty

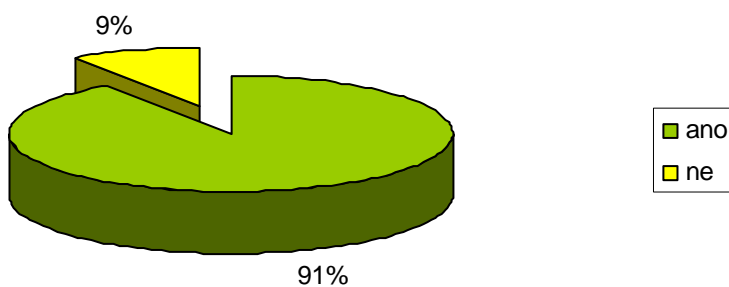
(graf k otázce č. 9)



10 (31 %) dotázaných vnímá samostatný pobyt na pokoji jako důležité opatření k prevenci přenosu MRSA. 8 (25 %) nemocných není na pokoji samo, jsou v kohortě. 6 (19 %) pacientů by raději sdílelo pokoj s někým dalším, 4 (13 %) nemocným je to jedno. 3 (9 %) respondentům to vyhovuje a pouze 1 (3 %) dotázaný to vnímá jako nutné zlo.

Graf 12 Návštěvy respondentů blízkými

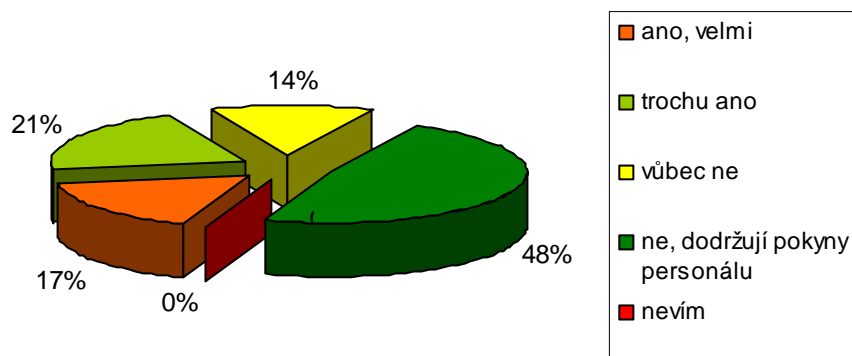
(graf k otázce č. 10)



29 (91 %) nemocných je navštěvováno svými blízkými, 3 (9 %) nemocní ne.

Graf 13 Obavy respondentů z přenosu MRSA na jejich blízké

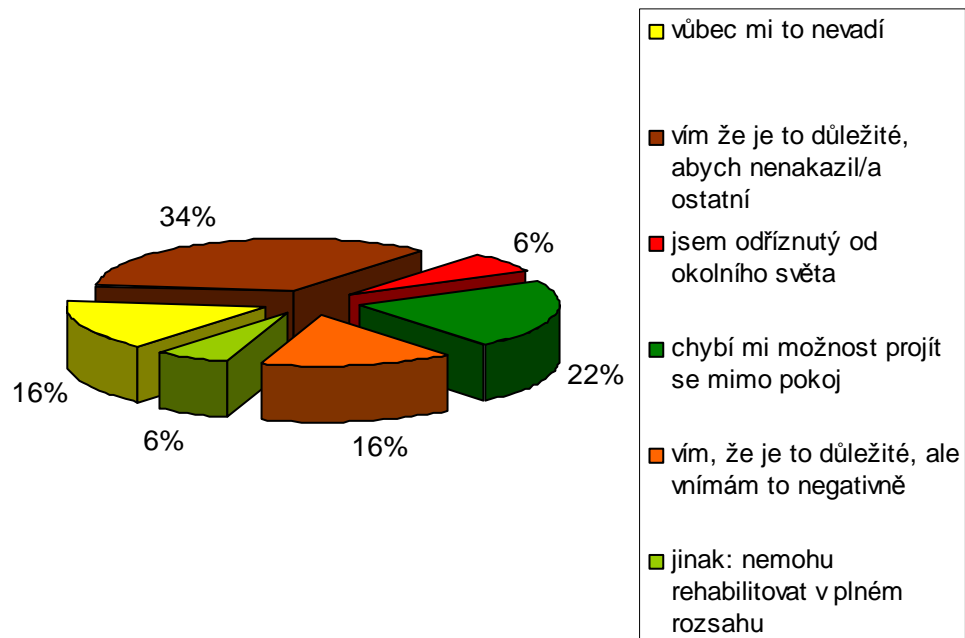
(graf k otázce č. 11)



Z 29 (pro tento graf 100 %) nemocných, kteří jsou navštěvováni, se přenosu na své blízké neobává 14 (48 %) dotázaných, protože návštěvy dodržují pokyny personálu, trochu se nákazy obává 6 (21 %) respondentů, 5 (17 %) nemocných se obává velmi a 4 (14 %) uvedli, že vůbec ne. Nevím neodpověděl nikdo (0 %).

Graf 14 Vnímání pohybového omezení v izolaci respondenty

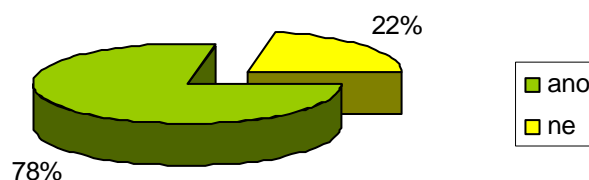
(graf k otázce č. 12)



11 (34 %) nemocných ví, že jejich pohybové omezení pouze na prostory izolačního pokoje je důležité opatření, aby nenakazili ostatní pacienty. 7 (22 %) respondentům chybí možnost projít se mimo pokoj, 5 (16 %) dotázaných ví, že je to důležité, ale vnímají to negativně, 5 (16 %) nemocným toto omezení vůbec nevadí. 2 (6 %) dotázaní se cítí být odříznuti od okolního světa a 2 (6 %) nemocní zvolili jinou možnost a uvedli, že kvůli omezení nemohou rehabilitovat v plném rozsahu.

Graf 15 Předchozí hospitalizace nemocných mimo izolaci

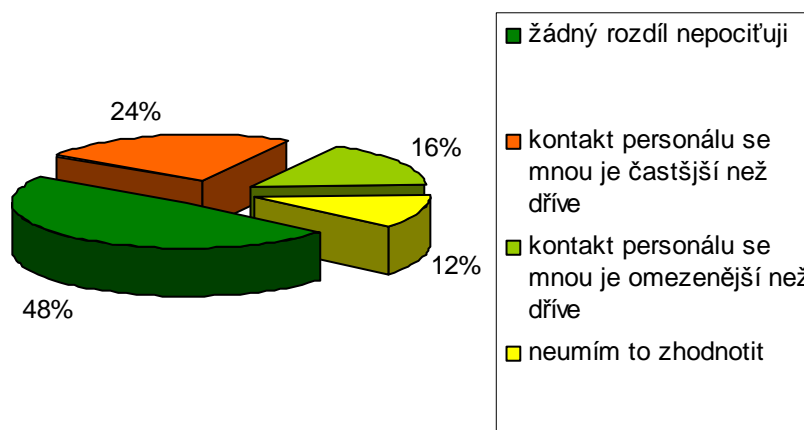
(graf k otázce č. 13)



25 (78 %) nemocných v minulosti absolvovalo hospitalizaci jinak než v izolaci, 7 (22 %) nikoliv.

Graf 16 Vnímání rozdílu ošetrovatelské péče v izolaci a mimo ni

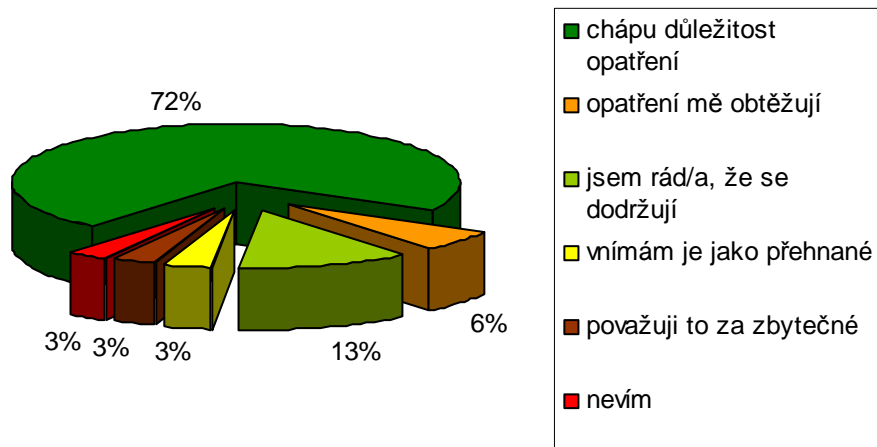
(graf k otázce č. 13)



Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 15. Z 25 (zde 100 %) nemocných, kteří byli dříve hospitalizováni jinak než v izolaci odpovědělo 12 (48 %), že nepocítují v poskytování péče žádný rozdíl, 6 (24 %) z nich si myslí, že kontakt personálu s nimi je na izolaci častější než dříve, 4 (16 %) naopak kontakt považují za omezenější a 3 (12 %) nemocní to nedokázali zhodnotit.

Graf 17 Vnímání provádění opatření bariérové péče v izolaci respondenty

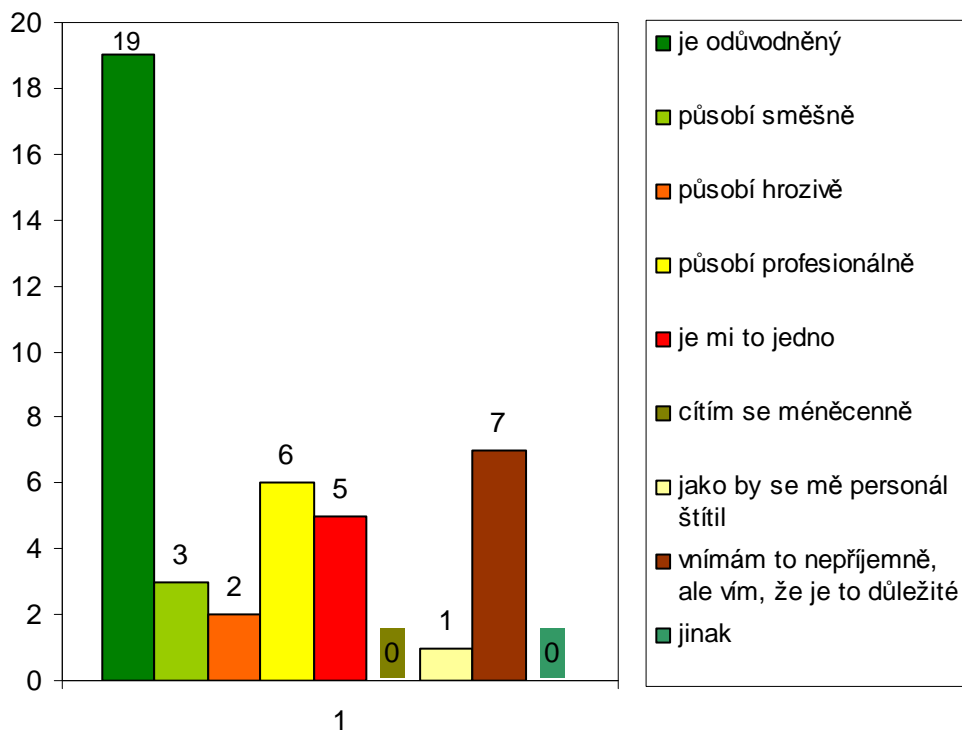
(graf k otázce č. 14)



Z grafu vyplývá, jak nemocní vnímají opatření v izolaci. Jejich důležitost chápe 23 (72 %) dotázaných. 4 (13 %) respondenti jsou rádi, že se opatření dodržují, 2 (6 %) nemocní uvedli, že je opatření prováděná v izolaci obtěžují, 1 (3 %) dotázaný je vnímá jako přehnané, 1 (3 %) pacient je považuje za zbytečné a 1 (3 %) nemocný odpověděl nevím.

Graf 18 Vnímání ochranného oděvu personálu respondenty

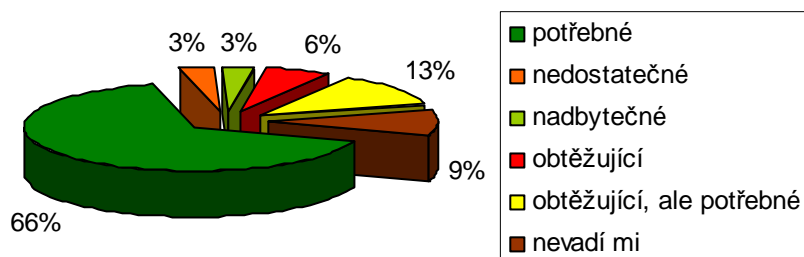
(graf k otázce č. 15)



Graf znázorňuje četnost odpovědí, jak nemocní v izolaci vnímají ochranný oděv ošetrovatelského personálu. Mohli zvolit více možností. 19 respondentů považuje ochranný oděv za odůvodněný, 7 nemocných odpovědělo, že jej vnímá nepříjemně, ale ví, že je to důležité, na 6 dotazovaných působí profesionálně, 5 lidem je to jedno, na 3 z nich působí ochranný oděv směšně a na 2 pacienty hrozivě. 1 nemocný to vnímá, jako by se ho personál štítil. Méněcenně se necítí nikdo a nikdo neuvedl jinou možnost.

Graf 19 Vnímání používání dezinfekčních prostředků respondenty v izolaci

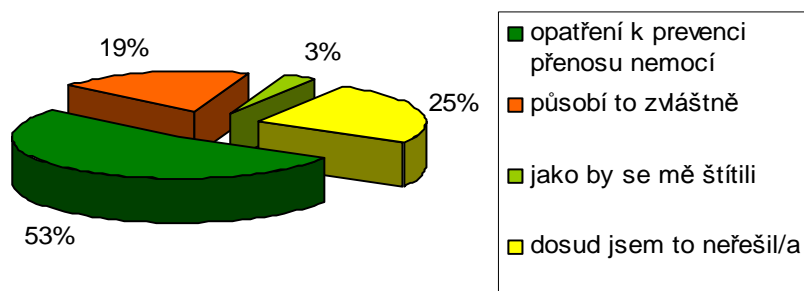
(graf k otázce č. 16)



Dezinfekční prostředky vnímá 21 (66 %) respondentů jako potřebné, 4 (13 %) nemocní je sice vnímají jako obtěžující, ale přesto potřebné, 3 (9 %) respondentům nevadí. 2 (6 %) dotázaní je vnímají jako obtěžující, 1 (3 %) pacient jako nedostatečné a 1 (3 %) nemocný si myslí, že jsou používány nadbytečně.

Graf 20 Vnímání respondentů přípravy stravy ošetřujícím personálem v rukavicích

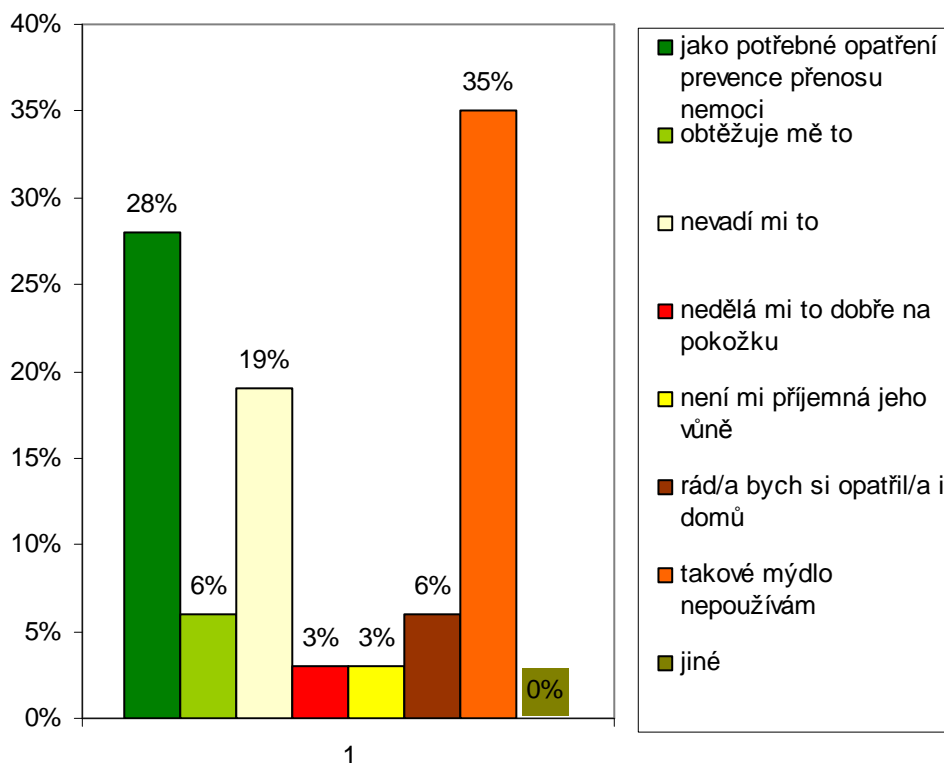
(k otázce č. 17)



Z grafu je patrné, že 17 (53 %) respondentů vnímá přípravu stravy v rukavicích jako opatření k prevenci přenosu nemocí, 8 (25 %) nemocných to dosud neřešilo, na 6 (19 %) dotázaných to působí zvláště a 1 (3 %) pacient to vnímá, jako by se ho personál štítily.

Graf 21 Vnímání používání dezinfekčního mýdla

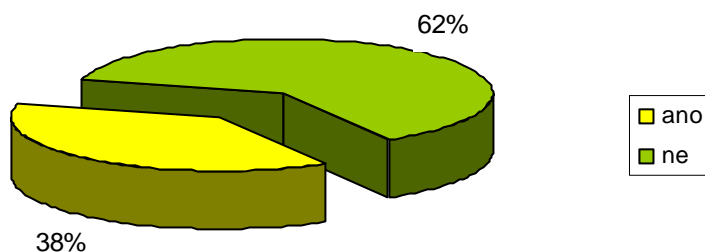
(graf k otázce č. 18)



Dezinfekční mýdlo 11 (35 %) respondentů nepoužívá, 9 (28 %) nemocných, kteří jej používají, to považují za potřebné opatření prevence přenosu nemoci, 6 (19 %) dotazovaným jeho používání nevadí, 2 (6 %) nemocní by si ho rádi opatřili i domů. Další 2 (6 %) nemocné používání dezinfekčního mýdla obtěžuje, 1 (3 %) pacientovi nedělá dobře na pokožku a 1 (3 %) respondentovi není příjemná jeho vůně. Možnost jiné ne zvolil nikdo (0 %) z nemocných.

Graf 22 Použití ochranných pomůcek respondentem v izolaci

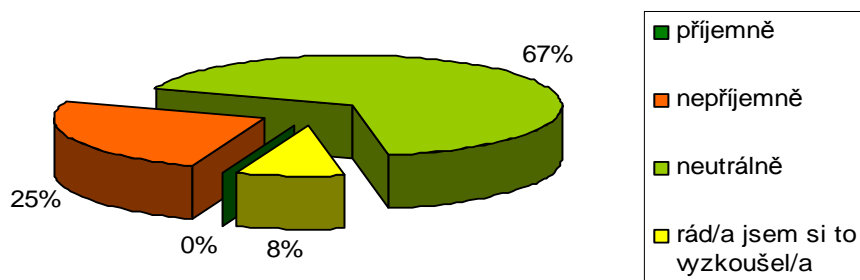
(graf k otázce č. 19)



12 (38 %) dotázaných muselo použít během hospitalizace v izolaci ochranné pomůcky, 20 (62 %) ne.

Graf 23 Vnímání použití ochranných pomůcek v izolaci respondentem

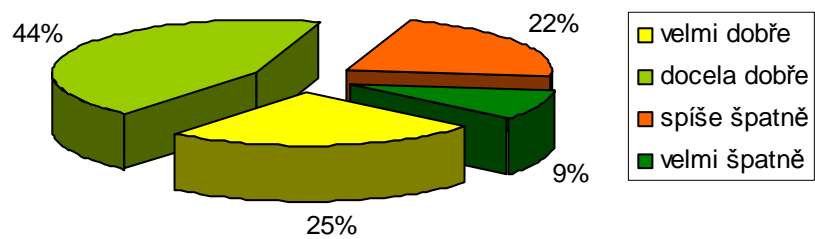
(graf k otázce č. 20)



Z 12 (v tomto grafu 100 %) nemocných, kteří museli během hospitalizace použít ochranné pomůcky, tuto skutečnost 8 (67 %) dotázaných vnímalo neutrálně, 3 (25 %) nemocní to vnímali nepříjemně, 1 (8 %) respondent byl rád, že si to mohl vyzkoušet a nikdo (0 %) z nemocných se neztotožnil s možností: příjemně.

Graf 24 Vnímání ošetrovatelské péče nemocným v izolaci

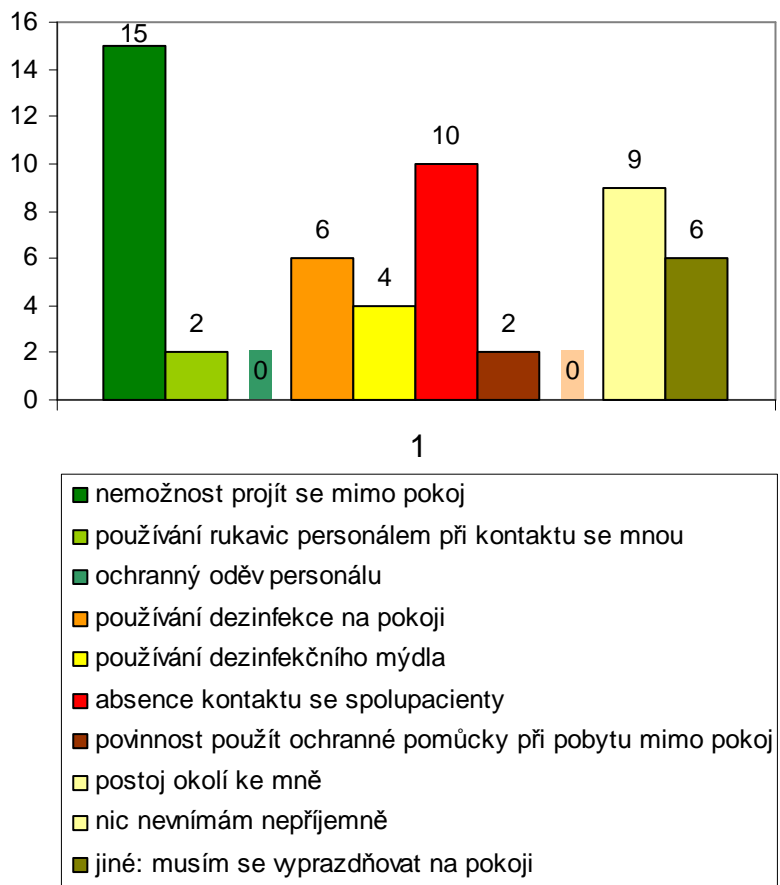
(graf k otázce č. 21)



Graf znázorňuje, jak nemocní vnímají ošetrovatelskou péči v izolaci. Docela dobře uvedlo 14 (44 %) dotazovaných, velmi dobře odpovědělo 8 (25 %) nemocných, spíše špatně působí na 7 (22 %) pacientů a velmi špatně ji vnímají 3 (9 %) respondenti.

Graf 25 Respondenty nejnejpříjemněji vnímaná situace v izolaci

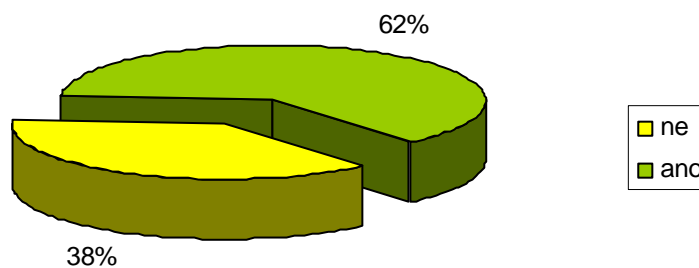
(graf k otázce č. 22)



Graf ukazuje četnost situací, které nemocní v izolaci vnímají jako nejnejpříjemnější, přičemž mohli zvolit více možností. 15 dotázaným vadí nemožnost opustit pokoj, 10x nemocní uvedli, že jim schází kontakt se spolupacienty. 9 respondentů v izolaci nevnímá nepříjemně nic. 6 dotazovaných uvedlo používání dezinfekce na pokoji, 6 nemocných zvolilo možnost jiné a uvedlo jako nejnejpříjemnější skutečnost, že se musí vyprazdňovat na pokoji. 4 respondentům vadí používání dezinfekčního mýdla, 2 dotázaným používání rukavic personálem při jejich ošetřování a 2 dotázaným se nelíbí nutnost používání ochranných pomůcek při pobytu mimo pokoj. Postoj okolí k respondentovi a ochranný oděv personálu neoznačil žádný z dotázaných.

Graf 26 Neuspokojení některých potřeb nemocných v izolaci

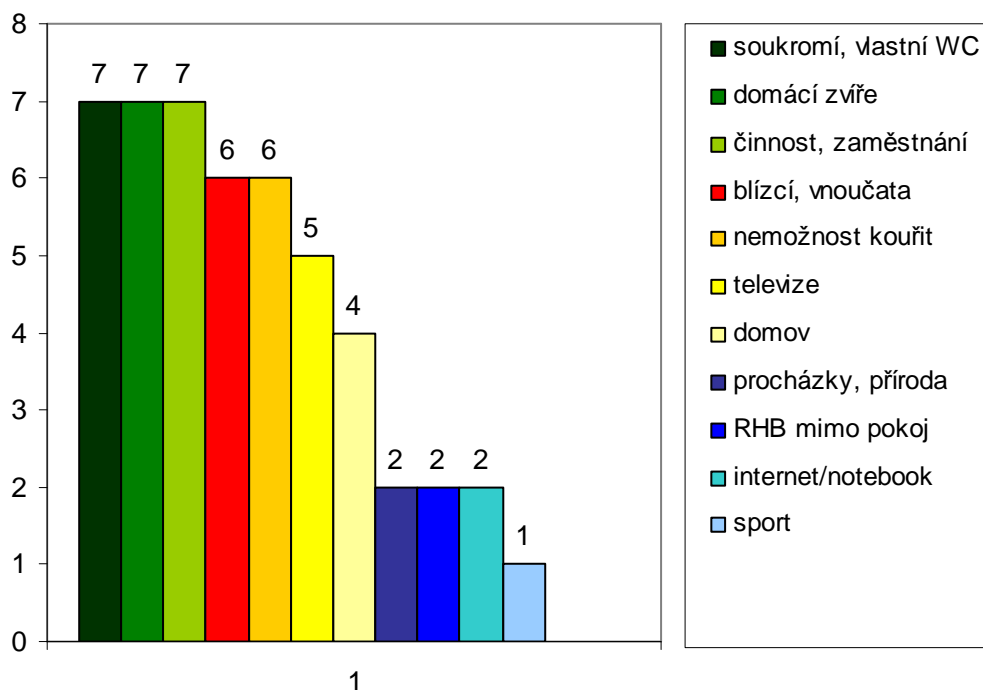
(graf k otázce č. 23)



12 (38 %) nemocných v izolaci nemá žádnou neuspokojenou potřebu, 20 (62 %) pacientů ano.

Graf 27 Co respondenti v izolaci postrádají

(graf k otázce č. 23)



Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 26 a vyjadřuje četnost odpovědí 20 respondentů, kteří v izolaci něco postrádají. 7 lidem nejvíce chybí soukromí a vlastní WC, taktéž 7 lidí velmi postrádá své domácí zvíře, kočku nebo psa. I jakákoliv činnost nebo zaměstnání schází 7 nemocným. 6 respondentů se vyjádřilo, že se jim stýská po jejich blízkých, často jmenovali svá vnoučata. Dalších 6 dotazovaných uvedlo, že jim především schází možnost kouřit. 5 nemocných by přivítalo možnost sledovat TV, 4 nemocným velmi chybí domov a domácí prostředí. 2 nemocní se těší na přírodu nebo na procházky, stejně tak 2 nemocní zdůrazňovali nemožnost rehabilitace mimo izolační pokoj. 2 respondentům chybí internet nebo notebook a 1 respondentovi oblíbený sport.

5. Diskuse

Z uvedených výsledků empirické části vyplývá, že z celkového počtu 32 nemocných, se kterými byl veden rozhovor, je 19 (59 %) mužů a 13 (41 %) žen. Méně než 18 let není žádnému z respondentů, ve věku 18 – 30 let jsou 2 (6 %) nemocní. Za to nejvíce pacientů, kterých je 14 (44 %), je ve věku 61 – 75 let. Tyto výsledky potvrzují i skutečnost, že starší lidé jsou více nemocní, často polymorbidní, s chronickými obtížemi a následně i čteněji hospitalizováni. Podobně to uvádí Maďar ve své publikaci (22), kde uvádí, že nozokomiálními nákazami jsou více ohroženi lidé starší 60 let. To se potvrdilo i v našem šetření. Stáří však s sebou přináší mimo jiné i problémy se smyslovým vnímáním. Proto s dalšími 8 pacienty, u kterých byl zjištěn MRSA, nemohl být veden rozhovor v souvislosti s poruchou sluchu, s fatickou poruchou nebo pro celkově špatný stav. Jelikož jsou tito nemocní jistým způsobem znevýhodněni oproti těm, kteří smyslovou bariéru nemají, bylo by jistě zajímavé prozkoumat, jakým způsobem a v jakém rozsahu jsou o bariérových opatřeních zdravotnickým personálem informováni. Je jisté, že komunikace se smyslově postiženými lidmi není jednoduchá, nic to ale nemění na tom, že i tito pacienti mají na informace právo. Tato otázka však v šetření mapována nebyla, jelikož by k tomu byly zapotřebí určité pomůcky, minimálně psací potřeby, lupa apod., jejichž použití ze strany tazatele by nekorespondovalo se zachováním protiepidemického režimu. Z těchto důvodů bylo od rozhovoru s výše uvedenými nemocnými a postiženými ustoupeno.

Co se týče úrovně vzdělání respondentů, bylo zjištěno, že ve výzkumném vzorku mělo nejvíce, a to 11 (34 %) nemocných středoškolské vzdělání ukončené maturitou. Ostatní dotazovaní měli vzdělání nižší, pouze 5 (16 %) pacientů mělo vzdělání vysokoškolské a 2 (5 %) vyšší odborné, což byli právě ti 2 respondenti, kteří se nachází ve věkové kategorii 18 – 30 let.

Výsledky informovanosti respondentů byly velmi pozitivně překvapivé. Naprosto všichni (100 %) dotazovaní totiž věděli, z jakého důvodu jsou izolováni od okolí. Ač by informovanost nemocných měla být samozřejmostí, ve skutečnosti se její stoprocentní naplnění bohužel v praxi neobjevuje. Z výsledku lze usuzovat na to, že každý izolovaný pacient byl o důvodu izolace informován, což považujeme

za vynikající. Velmi dobré bylo také zjištění skutečnosti, kdo nemocné o důvodu izolace informoval. 29 klientům to sdělil lékař, z toho ve 21 případech ve spolupráci se sestrou, 3 pacienty informovala sama sestra. Zde se vyskytl určitý rozpor. Nález MRSA je výsledek mikrobiologického vyšetření, jehož sdělení náleží výhradně do kompetence lékaře. 3 dotázaní však uvedli, že důvod izolace jim byl sdělen sestrou. Tito nemocní přesto neuváděli ani si nestěžovali, že jsou informováni nedostatečně nebo neúplně. Z vlastní zkušenosti vím, že sestra někdy pacienty s danou skutečností seznámí lépe, nebo spíše srozumitelněji, než lékař. Lze usuzovat, že podávání informací velmi závisí na používání cizích slov, časovém prostoru pro rozhovor a na umění komunikátora zhodnotit situaci a podat informace tak, aby byly nemocnému co nejpřístupnější. V tomto případě se jedná o otázku kompetentnosti. Je sporné, zda je lepší být informován kompetentním lékařem, byť někdy z velké části latinsky, nebo nekompetentní sestrou, za to srozumitelně. I Bártlová ve své publikaci uvádí: „Řeč je základním elementem vztahu pacient – lékař. Nejčastější nespokojenost pacienta v komunikaci s lékařem souvisí s tzv. „informační nouzí,,. Častá komunikační bariéra mezi lékařem a pacientem pramení z rozdílnosti „jazyků,, - z používání odborného jazyka lékařem ve styku s laickou veřejností. Rozdílné vzdělání, rozdílné sociální vrstvy, z kterých pocházejí pacient a lékař, celková kulturnost, zkušenost s nemocemi – to vše vytváří možnost pro nedorozumění. Lékař má proto v procesu léčení brát v úvahu subjekt pacienta a jeho zvláštnosti“ (2, s. 124).

Následně je v grafu 5 znázorněno, co klienti považují za důvod své izolace. Výsledky jsou vyjádřeny v četnosti, neboť mínění respondentů bylo různé. Překvapivé je, že z celkového počtu dokázalo 26 nemocných říci, kde byl u nich MRSA lokalizován. 20 dotázaných odpovědělo, že jsou izolováni, aby nenakazili ostatní pacienty. 13x respondenti uvedli, že je to kvůli infekci. 9 nemocných vědělo, že mají nějaký virus nebo bacil, ale nedokázali ho pojmenovat, čemuž se u laiků nelze divit, naproti tomu 8 dotázaných buď název MRSA znalo, nebo věděli, že se jedná o Zlatého stafylokoka. Dá se konstatovat, že odpovědi respondentů byly správné, vyjádřené vlastními slovy.

I další výsledky potvrzují dobrou informovanost respondentů, tentokrát o tom, zda byli seznámeni s pravidly ošetrovatelské péče v izolaci. 12 (38 %) klientů odpovědělo, že byli s pravidly seznámeni plně, 10 (31 %) dotázaných uvedlo, že částečně. Z předešlé hospitalizace znalo izolaci a zásady v ní dodržované 8 (25 %) nemocných a pouze 2 (6 %) pacienti o pravidlech vůbec informováni nebyli. Z tohoto zjištění je mimo jiné patrné, že celých 25 % dotazovaných nejen že již v minulosti bylo hospitalizováno, ale dokonce izolováno. To opět zpětně vypovídá o chronicitě onemocnění pacientů s nozokomiální nákazou.

Za povšimnutí jistě stojí výsledek zkoumané skutečnosti, zda se klienti s nějakou informací o MRSA setkali již v době před současnou hospitalizací. 11 (34 %) respondentů skutečně určitou informaci o této problematice mělo. Vzhledem k jejich různorodosti jsou získaná data vyjádřena v četnosti a jsou následující: 8 pacientům bylo známo, že se jedná o onemocnění vyžadující izolaci. 6 nemocných uvedlo, že je MRSA nebezpečná infekce, 5 dotázaných slyšelo, že jsou ohroženi hlavně chronicky a závažně nemocní. 3 respondenti věděli, že je to Zlatý stafylokok nebo MRSA rezistentní na antibiotika, 2 pacienti uvedli, že se jedná o nejhorší formu Zlatého stafylokoka a 2 dotázaní byli plně informovaní zdravotníci – zdravotní sestra a veterinární lékař. Zdroje informací těchto dotazovaných o MRSA jsou tyto: 8 nemocných znalo problematiku z předchozí hospitalizace, 4 pacienti se o tom doslechli od příbuzného nebo nějakého známého. 3 respondenti získali informace z internetu, 2 dotázaní si je přečetli v časopise, 2 nemocní znali podrobně problematiku ze svého zdravotnického zaměstnání a 1 dotázaný o MRSA slyšel v ordinaci praktického lékaře. Je zajímavé, že z televize ani z rádia nikdo z respondentů informován nebyl, což je vzhledem k medializaci většiny problémů ve zdravotnictví závažné. Co se týká informovanosti laické veřejnosti o problematice MRSA, je nutno konstatovat, že tato osvěta je velmi důležitá a má vliv na pacientovo vnímání izolace a bariérových opatření v případě nutnosti takového druhu hospitalizace. Člověk pak tuto skutečnost jistě přijme lépe, podobně jako je tomu u jiných onemocnění, o kterých se běžně hovoří a píše. I když o dané problematice vědělo před současnou hospitalizací 11 dotazovaných, což není

malý počet, pouze 5x respondenti uvedli jako zdroj nějaký mediální prostředek, což svědčí o nízké informovanosti laické veřejnosti.

Co se týče vnímání izolace a bariérových opatření respondenty, dopadlo šetření, jak nemocní vnímají pobyt na pokoji, kde jsou sami, takto: 10 (31 %) dotázaných tento samostatný pobyt vnímá jako důležité opatření k prevenci přenosu MRSA. 8 (25 %) pacientů není na pokoji samo, ale jsou v tzv. kohortě, tedy sdílejí pokoj s jiným pacientem, hospitalizovaným ze stejného důvodu, čili s MRSA. 6 (19 %) respondentů odpovědělo, že by raději sdíleli pokoj s někým dalším, 4 (13 %) nemocným je to jedno. 3 (9 %) klientům to vyhovuje a pouze 1 (3 %) dotázaný to vnímá jako nutné zlo. Jak uvádí Šrámová (42), nemocný může izolaci vnímat jak pozitivně, tak negativně, někdo tam může být spokojený, jiný nešťastný. Je všeobecně známo, že sdílená bolest, je poloviční bolest, tím spíše, pokud je člověk nemocný, mívá potřebu blízkosti a sounáležitosti a hledá v někom oporu. I Křivohlavý (18) uvádí, že dialog je jedna z forem zvládnutí nemoci a utrpení, ať už se v nemocničním prostředí jedná o dialog mezi pacienty na pokoji či v prostorách nemocnice, nebo mezi pacientem a jeho návštěvníky.

Návštěvy nemocných jsou zejména ve zdravotnických a sociálních zařízeních důležitým faktorem pro uspokojování sociálních potřeb. Drtivá většina (91 %) dotazovaných navštěvována je, jen 3 (9 %) nemocní nejsou. Mimo jiné z těchto výsledků vyplývá, že nemocný na izolaci není omezen možností návštěv, ty však musí dodržovat opatření při pobytu na takovémto pokoji stejně jako všichni ostatní, jak je to uvedeno ve Směrnici ředitele Nemocnice Písek, a.s. (36). Z navštěvovaných nemocných se 14 (48 %) dotázaných nákazy svých blízkých neobává, protože dodržují pokyny personálu. Tito pacienti i návštěvy jsou tedy dobře informováni o zmiňované problematice. Dalších 6 (21 %) klientů se přenosu trochu obává, 5 (17 %) pacientů se pak obává velmi. Tyto odpovědi nemusejí vycházet z neinformovanosti, ale z vědomí klientů, že se skutečně jedná o nakažlivé onemocnění a ze strachu o lidi, na kterých jim záleží.

Pohyb a aktivita jsou jedny ze základních fyziologických potřeb člověka, což uvádí i Trachtová (46). S tím se ztotožňují také naše výsledky, vyjadřující, jak

respondenti vnímají pohybové omezení pouze na prostory izolačního pokoje. 11 (34 %) nemocných ví, že je toto opatření důležité, aby nenakazili ostatní pacienty. 7 (22 %) respondentům možnost projít se mimo pokoj chybí. 5 (16 %) dotazovaných to vnímá negativně, ale vědí, že je to důležité opatření. Dalším 5 (16 %) pacientům toto omezení vůbec nevadí. Možná i z toho důvodu, že někteří z nich mají pohybovou poruchu a mimo pokoj by nevycházel, i kdyby to bylo možné. Byť jen malé procento, avšak nezanedbatelné, tvoří 2 (6 %) respondenti, kteří se cítí být odříznuti od okolního světa. 2 (6 %) nemocní dle vlastního názoru nemohou rehabilitovat v plném rozsahu, čímž se cítí být velmi omezeni. Pokud se vezme v úvahu možnost použití ochranných pomůcek respondentem při pobytu mimo pokoj, je otázkou k zamyšlení, proč jim tato rehabilitace nebyla umožněna v plném rozsahu. Odpovědí by mohl být fakt, že se jedná o subjektivní pocit těchto pacientů a rehabilitace byla zajištěna v rámci možností fyzioterapeuta, které bývají často omezené.

Používání dezinfekčních prostředků na izolačním pokoji bylo dalším ze sledovaných aspektů. Chvályhodné je, že 21 (66 %) respondentů označilo používání dezinfekcí za potřebné. 4 (13 %) nemocní jej hodnotí jako obtěžující, ale přesto potřebné, 2 (6 %) dotázaní je vnímají jako obtěžující, 1 (3 %) pacient se dokonce domnívá, že jsou dezinfekční prostředky na pokoji používány nadbytečně. Po srovnání tohoto výsledku s grafem 25 lze konstatovat, že používání dezinfekčních prostředků personálem v izolačním pokoji není jedním z nejnepříjemněji vnímaných aspektů, přičemž v počtu respondentů, které používání dezinfekcí obtěžuje, došlo ke shodě. Co se týče dezinfekce v souvislosti s dekolonizací, je součástí ošetrovatelské, ale i léčebné péče o MRSA pozitivního pacienta použitím dezinfekčního mýdla, jak je to uvedeno ve Směrnici ředitele Nemocnice Písek, a.s. (36). Bylo zjištěno, že 11 (35 %) nemocných toto mýdlo vůbec nepoužívá. Můžeme se pouze domnívat, že u této skupiny nebyl MRSA lokalizován na pokožce, a proto jsou zřejmě léčeni nebo dekolonizováni jiným způsobem. 9 (28 %) dotázaných jeho použití považuje za potřebné opatření prevence přenosu nemocí, 2 (6 %) nemocní by si ho dokonce rádi opatřili i domů jako účinnou pomůcku pro hygienu rukou v domácím prostředí, a aby ochránili své blízké před infekcí. Tito respondenti měli také zájem o informaci, kde ho lze opatřit. Zde je

na místě pozastavit se nad tím, že v médiích, kde je možné se často setkat s reklamou na různé dezinfekční prostředky pro domácnost, není propagováno žádné dezinfekční mýdlo, které by si spotřebitelé z hygienických důvodů jistě rádi zakoupili. Na druhé straně je ale možné, že by jeho volný a komerční prodej vedl jen k další rezistenci a zřejmě také vývoji určité alergické reakce u senzitivních jedinců.

Rukavice jsou dnes již neodmyslitelnou ochrannou pomůckou při poskytování péče, zejména při práci s biologickým materiálem, kde jejich použití není nikterak zvláštní. Avšak u infekčních pacientů je vzhledem k hygienicko-epidemiologickému režimu a také standardům nutné mít rukavice na ruku při jakémkoliv úkonu, i při přípravě stravy, a to už neobvyklé je. Tak je tomu i u péče o nemocné s MRSA v izolaci, jak je to uvedeno ve Směrnici ředitele Nemocnice Písek, a.s. Proto bylo velice překvapivé zjištění, že pouze na 6 (19 %) pacientů použití rukavic při přípravě stravy působí zvláště. Tento výsledek považujeme za dosti neočekávaný už vzhledem k vlastní představě, že by nám, jako pacientům, připravoval personál pečivo k snídani v rukavicích. Přesto pouze 1 (3 %) klient vnímal tuto skutečnost tak, jako by se ho personál štítil. Dalo by se předpokládat, že tento fakt bude nepříjemně vnímat více respondentů, avšak pouze 2 nemocní vnímají použití rukavic personálem při kontaktu s nimi jako nejnepříjemněji vnímanou situaci v izolaci, jak je patrné z grafu 25. Na druhou stranu je potěšující, že 17 (53 %) dotázaných vnímá používání rukavic personálem jako opatření přenosu nemocí.

Velmi zajímavý výsledek vyvstal ze zkoumání skutečnosti, jak nemocní vnímají ochranný oděv personálu. Respondenti jednoznačně považovali ochranný oděv za odůvodněný, uvedli to celkem 19x. Dalších 7 klientů tento oděv sice vnímá nepříjemně, ale ví, že je jeho používání důležité. To opět vyjadřuje dobrou informovanost nemocných v izolaci. Pouze 1 dotázaný vnímá tuto skutečnost tak, jako by se ho personál štítil, což na člověka musí jistě působit velmi negativně a zřejmě následně dochází i ke snížené sebeúctě a narušení sebekoncepce.

Pokud nemocný s MRSA opouští izolační pokoj, je povinen použít ochranné pomůcky (Příloha 4). Tak tomu bylo u 12 (38 %) respondentů, kteří museli během hospitalizace v izolaci použít některou z ochranných pomůcek, jako je: plášť, rukavice,

ústenku nebo pokrývku hlavy. Bylo zjištěno, že 8 pacientů tuto skutečnost vnímalo neutrálně, nikdo z nemocných nevnímal tuto skutečnost příjemně, což ostatně není nic podivuhodného. V plášti a pokrývce hlavy může být člověku horko, v rukavicích se potí ruce a v ústence se může špatně dýchat, obzvláště někomu, kdo má s dýcháním potíže v souvislosti s onemocněním. Některý z těchto důvodů tedy mohl být příčinou toho, že 3 (25 %) klienti vnímali použití ochranných pomůcek nepříjemně. 1 respondent byl rád, že si ochranné pomůcky (nebo některou z nich) mohl vyzkoušet. Faktem je, že nezdravotník se k těmto pomůckám běžně nedostane a třeba vyzkoušení ústenky může být zejména pro zvědavější jedince lákavé.

Co se týče faktu, jak nemocní vnímají ošetrovatelskou péči, která je jim v izolaci poskytována, přiklonili se 22 pacienti k pozitivnímu vnímání, zatím co na 10 klientů to působí spíše negativně. Hypoteticky by se dal tento výsledek zhodnotit tak, že chronicky nemocní, u kterých bývá MRSA lokalizován, bývají opakovaně hospitalizováni, tudíž většinou znají jak oddělení a jeho režim, tak ošetřující personál. Také bývají se svým onemocněním již smířeni, a to má na vnímání dalších, i nepříznivých okolností nesmírný vliv. A pokud mezi personálem a pacienty funguje dobrá komunikace, nemusí být pro nemocného izolace až tak obrovským problémem. Podobně to uvádí Venglářová ve své publikaci: „Komunikace předpokládá ochotu, vůli komunikovat. Pokud je patrný náš zájem o nemocného, ochota s ním být, komunikace má dobrý start. Naopak žádný trénink dovedností nenahradí nezáměr o druhého člověka. Komunikace je nástrojem uspokojování potřeb člověka. Udržení kontaktu poskytuje oporu, mnozí nemocní popisují nedostatek informací jako nejobtížnější součást role nemocného“ (51, s. 20 – 21).

Izolace a bariérová opatření s sebou pro pacienty přinášejí jistě mnoho nepříjemností, které na nemocné mohou mít větší či menší vliv. To, co respondenti vnímali v izolaci jako nejnepříjemnější situaci znázorňuje přehledně graf 25. Nejzajímavější výsledky jsou uvedeny níže. Nejvíce respondentům na izolaci vadí, že nemohou vycházet mimo pokoj, uvedli to 15x. Jak již bylo uvedeno v předešlém textu, pohyb je jednou ze základních fyziologických potřeb člověka a její neuspokojení vede i k neuspokojení potřeb vyšších, o které má člověk zájem teprve tehdy, jsou-li

uspokojeny potřeby nižšího řádu (46). 10 dotázaným schází kontakt se spolupacienty, což souvisí i s předchozím faktem, kdy klienti v izolaci nesmějí vycházet mimo pokoj, alespoň ne bezdůvodně. Tento fakt může být u některých jedinců příčinou určité psychosociální deprivace, zejména u lidí, kteří jsou společenší, rádi komunikují a vůbec mají rádi společnost. 9 pacientů naopak v izolaci nepříjemně nevnímá nic. To je pro danou situaci příznivé vzhledem k jejímu pozitivnímu přijetí a v souvislosti s dobrým psychickým rozpoložením i pro úspěšnost a včasnost léčby. 6 nemocných vnímá jako nejnepříjemnější ten fakt, že se musí vyprazdňovat na pokoji. Je otázkou, zda tato skutečnost vychází z chyby personálu, který nezajistil pro izolovaného pacienta samostatné WC, na které má nárok, nebo to nebylo uskutečnitelné z technických důvodů, a nebo byl nemocný určitým způsobem imobilní a tento způsob vyprazdňování byl jediný možný. 4 klientům vadí používání dezinfekčního mýdla, což je podrobněji patrné z grafu 21. Postoj okolí k respondentovi a ochranný oděv personálu nevnímá žádný z dotázaných za nepříjemný, alespoň tuto možnost nikdo nezvolil. Nutno konstatovat, že je tento nulový výsledek poněkud překvapivý vzhledem k tomu, že v předchozím textu je možno si povšimnout faktu, že na některé, byť je to malý počet respondentů, působí součásti ochranného oděvu hrozivě, jako by se personál nemocného štítil a podobně. Zřejmě ale tyto faktory nevnímali dotyční pacienti jako ty nejnepříjemnější.

Vnímání provádění opatření bariérové péče v izolaci respondenty je přehledně znázorněno v grafu 17. Z těchto výsledků jednoznačně vyplynulo, že celých 23 (72 %) respondentů důležitost těchto opatření chápe. Jen 2 (6 %) dotazované opatření prováděná v izolaci obtěžují a 1 (3 %) pacient je považuje za zbytečné. Poslední jmenovaný sice o důvodu izolace i o zásadách bariérové péče v ní poskytované byl informován, avšak jak vyplynulo z rozhovoru, tyto informace si špatně vyložil zejména ve vztahu na pozdější pobyt v domácím prostředí a tak došlo k jejich nesprávnému pochopení ze strany tohoto pacienta.

Během hospitalizace, tím spíše v izolaci, kde má nemocný málo zaměstnání, zábavy a podnětů vůbec, může v souvislosti s neuspokojením potřeb dojít až k tzv. hospitalizmu. V poslední části se mohli respondenti volně vyjádřit, zda na izolaci něco

postrádají nebo co jim zde schází. 12 (38 %) nemocných odpovědělo, že nepostrádají nic. Dalšíh 20 (62 %) pacientů mělo různé odpovědi, které jsou v četnosti znázorněny v grafu 27. Mezi nejvíce postrádané aspekty se řadí soukromí a vlastní WC, to uvedlo 7 dotázaných v souvislosti s vyprazdňováním na pokoji popsaným výše. 7 respondentům se velmi stýská po jejich domácím zvířeti, většinou se jedná o psa nebo kočku, což bývají pro starší lidi často jediní domácí společníci suplující sociální kontakty. Není proto divu, že zvířecí společnost lidem schází. Je známé, že v některých sociálních zařízeních má canisterapie (terapie pomocí psů) ohromné výsledky. V nemocničních zařízeních v České republice však tato možnost dosud není přípustná. 7x také klienti uvedli, že jim schází jakákoliv činnost nebo zaměstnání, že se v nemocnici nudí. 6 respondentům se zase stýská po jejich blízkých, často po vnoučatech a pravnoučatech, která bývají malá a do nemocnice, a už vůbec na izolační pokoj, nesmí. Překvapivě je to menší počet než u domácích zvířat, ale pramení to pravděpodobně z důvodu, že s blízkými má nemocný možnost kontaktu, alespoň telefonického, zatím co se zvířetem nikoliv, navíc může mít starost o to, aby ho někdo nakrmil a obstaral. Zcela jinou neuspokojenou potřebu mělo 6 nemocných, kterým v izolaci scházela možnost si zakouřit. V posledních letech se v českých nemocnicích postupně objevil zákaz kouření, který platí jak pro klienty tak pro zaměstnance. Lze konstatovat, že se jedná o spornou záležitost. S přihlédnutím k tomu, že člověk závislý na nikotinu prožívá během hospitalizace jistý stres, který je zvyklý jinak kompenzovat kouřením, může se tento deficit u některých nemocných projevit zejména na psychice, například neklidem, podrážděností až agresivními projevy. Jistý je kladný zájem zdravotnických zařízení vést lidi ke zdravému způsobu života, avšak kuřáka to od jeho neřesti neodradí a vedlejším efektem pak mohou být výše zmíněné projevy v chování. Většina mobilních pacientů to řeší tajným kouřením v ústraní, což ovšem klienti v izolaci provádět nemohou.

Co se v neposlední řadě týče vnímání rozdílu ošetrovatelské péče v izolaci a mimo ni, jsou výsledky šetření následující. 25 respondentů mohlo tento rozdíl v poskytované péči hodnotit v souvislosti se skutečností, že byli v minulosti hospitalizováni jinak než v izolaci (na standardním oddělení). Z nich 12 (48 %) klientů

v ošetrovateľskej péči žiadny rozdiel nepociťuje, 6 (24 %) nemocných považuje kontakt personálu s nimi v izolácii za častejšiu než dříve, 4 (16 %) dotazovaní si myslí opak. Tento výsledok považujeme za veľmi pozitívny, pretože z neho vyplýva, že väčšina klientů v izolácii nepociťuje určitou diskrimináciu zo strany personálu v poskytovaní zdravotní péče, a to je nesmírně důležité jak pro klienty samotné, tak pro pozici a hodnotení zdravotníckého personálu v očích pacientů.

Z výše uvedených výsledků vyplýva, že hypotéza: *klienti s diagnózou MRSA, kteří jsou informováni o průběhu ošetrovateľskej péče v izolácii, vnímají ošetrovateľskou péči pozitívne*, byla potvrzena.

6. Závěr

Cílem práce bylo zjistit, *jak klienti s diagnózou MRSA, hospitalizovaní v izolaci, vnímají ošetrovatelskou péči zdravotnického personálu*. Cíl byl splněn. Byla stanovena hypotéza: *klienti s diagnózou MRSA, kteří jsou informováni o průběhu ošetrovatelské péče v izolaci, vnímají ošetrovatelskou péči pozitivně*. Hypotéza byla potvrzena.

Z výsledků šetření vyplynulo, že informovanost nemocných v izolaci je zajištěna ve 100% zdravotnickým personálem. Zajímavé bylo zjištění, že pouze malý počet respondentů měl v době před současnou hospitalizací nějaké informace o MRSA. Domníváme se, že by informovanost laické veřejnosti o tomto tématu měla být rozsáhlejší, jelikož, člověk, který o jistém problému něco ví, je schopen ho v tak náročné situaci, jako je hospitalizace, lépe psychicky zpracovat. V opačném případě v něm, pro něho neznámá bakterie, může vyvolat různé negativní pocity a emoce, které pak mohou ovlivnit jeho další uvažování. Problematika MRSA je v současné době velmi aktuální, proto by jí měla být, co se týče informovanosti laické veřejnosti, věnována daleko větší pozornost. Z výsledků dále vyplynulo, že nejpostrádanějším aspektem v izolaci jsou sociální potřeby takto hospitalizovaných nemocných, zejména kontakt s ostatními pacienty a možnost projít se mimo pokoj. Klientům zde také schází aktivita a činnost, což může ve svém důsledku vést až k projevům hospitalizmu. Proto je velice důležité zajistit klientům v izolaci v rámci možností vhodné zaměstnání a omezený sociální kontakt pak maximálně kompenzovat vstřícností, laskavostí, komunikací a psychickou podporou pacientů, k čemuž je tím nejjednodušším a přesto nejúčinnějším prostředkem úsměv na tvářích ošetrovatelského personálu.

Výsledky bakalářské práce budou poskytnuty vedoucím pracovníkům ošetrovacích jednotek. Mohly by pomoci zdravotnickému personálu k lepšímu uvědomění si pacientových potřeb a jejich následným uspokojováním zase o „kousek“ zkvalitnit poskytovanou péči.

7. Seznam použité literatury

1. BÁLINT, G. Faktory vplyvňujúce úroveň spokojnosti pacienta s hospitalizáciou. In: *Revue ošetrovateľstva, sociálnej práce a laboratórnych metódik*. 2006, roč.12, č.3, s.158-160. ISSN 1335-5090.
2. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny*. 6.vyd. Praha: Grada, 2005. 188s. ISBN 80-247-1197-4.
3. BERGEROVÁ, T. a kol. Doporučený postup pro kontrolu výskytu kmenů *Staphylococcus aureus* rezistentních k oxacilinu (MRSA) a s jinou nebezpečnou antibiotickou rezistencí ve zdravotnických zařízeních. In: *Praktický lékař*. 2006, roč.86, č.9, s.500-505. ISSN 0032-6739.
4. BUNYARD, P. *Vyšlechtit si superbakterii*. [cit. 2006-04-19].
Dostupné z WWW: <<http://www.sedmagenerace.cz/index.php?art=clanek&id=117>>
5. CEJPKOVÁ, J. Zásady bariérové ošetrovací techniky. In: *Sestra*. 2006, roč.16, č.5, s.28. ISSN 1210-0404.
6. DOSTÁL, V. a kol. *Infektologie*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2005. 338s. ISBN 80-246-0749-2.
7. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovatelství-teorie*. 1.čes.vyd. Martin: Osveta, 2006. 211s. ISBN 80-8063-227-8.
8. FIEDLEROVÁ, L., JIROUŠ, J. Správná technika dezinfekce rukou. In: *Sestra*. 2004, roč.14, č.6, s.31-32. ISSN 1210-0404.
9. FRAŇKOVÁ, P., TUPÁ, L. Meticillin rezistentní *Staphylococcus aureus*-závažný zdravotní problém. In: *Sestra*. 2005, roč. 15, č.6, s.46-47. ISSN 1210-0404.
10. GÖPFERTO VÁ, D. a kol. *Mikrobiologie, imunologie, epidemiologie, hygiena*. 3.vyd. Praha: Triton, 2002. 148s. ISBN 80-7254-223-0.
11. HARNIČÁROVÁ, A. a kol. *Vybrané kapitoly z nozokomiálních infekcí*. Trnava: Fakulta zdravotníctva a sociálnem práce TU, 2002. 87s. ISBN 80-89104-08-8.
12. JEŽEK, P. Péče o pacienty infikované či kolonizované multirezistentními mikroorganismy. In: *Sestra*. 2007, roč.17, č.1, s.28-29. ISSN 1210-0404.
13. JEŽKOVÁ, T., KALIÁNOVÁ, H. MRSA-superbakterie. In: *Sestra*. 2005, roč.15, č.6, s.42. ISSN 1210-0404.

14. KINDLOVA. *Bariérová ošetrovatelská péče*. [cit. 2005-05-21]. Dostupné z WWW:<http://www.eamos.cz/amos/kos/modules/low/kurz_text.php?id_kap=1&kod_kurzu=kos
15. KHS MORAVSKOSLEZSKÉHO KRAJE. *Režimová opatření u pacientů s výskytem methicilin rezistentních kmenů Staphylococcus aureus (MRSA)*. [cit. 2006-04-19]. Dostupné z WWW: <<http://www.khsova.cz/obcanum/mrsa.php>>
16. KOLÁŘ,M., URBÁNEK,K., DLOUHÝ,P. Současné možnosti léčby infekcí způsobených rezistentními grampozitivními bakteriemi. In: *Klinická farmakologie a farmacie*. 2006, roč.18, č.2, s.71-74. ISSN 1212-7973.
17. KOVÁČIKOVÁ,B. Pacient-choroba-sestra. In: *Revue ošetrovatelstva, sociálnej práce a laboratórnych metodík*. 2006, roč.12, č.3, s.157-158. ISSN 1335-5090.
18. KŘIVOHLAVÝ,J. *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada, 2002. 200s. ISBN 80-247-0179-0.
19. LÁVIČKOVÁ,J. Kvalita ošetrovatelské péče očima pacientů. In: *Sestra*. 2006, roč.16, č.4, s.30-31. ISSN 1210-0404.
20. LEMON 1. 1.vyd. Brno: IDV PZ, 1997. 184s. ISBN 80-7013-234-5.
21. MAĐAR,R., PODSTATOVÁ,R. Prevence infekce a kolonizace MRSA při poškození kůže. In: *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2006, roč.2, č.9, s.361-363. ISSN 1801-1349.
22. MAĐAR,R., PODSTATOVÁ,R., ŘEHOŘOVÁ,J. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 178s. ISBN 80-247-1673-9.
23. MASTILIAKOVÁ,D. *Úvod do ošetrovatelství 1.díl Systémový přístup*. 1.vyd. Praha: Karolonum, 2004. 187s. ISBN 80-246-0429-9.
24. MELICHERČÍKOVÁ,V. Dezinfekce ve zdravotnických zařízeních. In: *Sestra*. 2001, roč.11, č.12, s.19-21. ISSN 1210-0404.
25. MRSA – Zlatý stafylokok jako nová hrozba. In: *Osobní lékař*. 2006, roč.6, č.3, s.2, ISSN 1213-2470.
26. MUNZAROVÁ,M. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1.vyd. Praha: Grada, 2005. 156s. ISBN 80-247-1024-2.

27. NEUWIRTH,Š., KUBÍK,J. *Tep nemocnice*. 1.vyd. Ostrava: Repronis, 2002, 151s. ISBN 80-86122-87-5
28. NOUZA,K., NOUZA.M. *Antibiotika – hrozí konec éry?* [cit. 2006-04-19]. Dostupné z WWW: <http://www.zdrava-rodina.cz/med/med399/med399_42.html>
29. PADEVĚTOVÁ,E. Prevence šíření nozokomiálních nákaz. In: *Sestra*. 2006, roč.16, č.10, s.49-50. ISSN 1210-0404.
30. PECKOVÁ,M. MRSA – Problém medicínský i manažerský. In: *Sestra*. 2005, roč.15, č.5, s.18. ISSN 1210-0404.
31. PODSTATOVÁ,H. *Mikrobiologie, epidemiologie, hygiena*. Olomouc: Epava, 2001, 285s. ISBN 80-86297-07-1.
32. POKORNÁ,R. Zásady bariérové ošetrovací techniky. In: *Nozokomiální nákazy*. 2006, roč.5, č.3, s.34-36. ISSN 1336-3859.
33. PŘÍLOHA č.3 k vyhlášce 195/2005. Způsoby sterilizace a její kontroly, způsoby vyššího stupně dezinfekce, způsoby dezinfekce a její kontroly
34. RICHARDS,A., EDWARDS,S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004. 376s. ISBN 80-247-0932-5.
35. SIMOR,A.E. Meticilin rezistentní S.aureus. In: *Medicína po promoci*. 2002, roč.3, č.1, s.15-20. ISSN 1212-9445.
36. SMĚRNICE ŘEDITELE Nemocnice Písek č.4
37. SOCHOROVÁ,N. Čisté ruce – nejzákladnější opatření proti nozokomiálním nákazám. In: *Urologie pro praxi*. 2003, roč. 6 , č.5, s.215-216. ISSN 1213-1768.
38. STANDARD OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE Nemocnice Písek č.32. Mytí a dezinfekce rukou
39. ŠEVČÍK,P. *Sepse v intenzivní medicíně*. 1.vyd. Brno: IDV PZ, 1997. 155s. ISBN 80-7013-250-7.
40. ŠIMEK,J., ŠPALEK,V. *Filozofické základy lékařské etiky*. 1.vyd. Praha: Grada, 2003. 112s. ISBN 80-247-0440-4.
41. ŠRÁMOVÁ,H. a kol. *Nozokomiální nákazy*. Praha: Maxdorf, 1995. 208s. ISBN 80-85912-00-7.

42. ŠRÁMOVÁ,H. a kol. *Nozokomiální nákazy II*. Praha: Maxdorf, 2001. 303s. ISBN 80-85912-25-2.
43. ŠRÁMOVÁ,H. a kol. *Výskyt methicilin rezistentních kmenů Staphylococcus aureus (MRSA) ve FN Motol*. [cit. 2005-01-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.szu.cz/cem/zpravy/zpr0404/motol.htm>>
44. TÁBORSKÝ,P. Dekolonizace pacientů osídlených MRSA-klinicky ověřená metodika. In: *Sestra*. 2005, roč.15, č.6, s.43. ISSN 1210-0404.
45. TATE,P. *Příručka komunikace pro lékaře*. Přel.V.DiCara.1.vyd. Praha: Grada,2005. 164s.Přel.z: The Doctor's Communication Handbook. ISBN 80-247-0911-2.
46. TRACHTOVÁ,E.a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2.vyd. Brno: IDV PZ, 2001.186s. ISBN 80-7013-324-8.
47. TRIGGLE,N. Mohou obvazy pomáhat v boji proti superinfekci? In: *Sestra*. 2005, roč.15, č.10, s.23. ISSN 1210-0404.
48. UNZEITIGOVÁ,M. a kol. Praktické zkušenosti s pacienty infikovanými nebo kolonizovanými meticilin-rezistentním kmenem Staphylococcus aureus (MRSA). In: *Klinická mikrobiologie a infekční lékařství*. 2006, roč.12, č.1, s. 19-24. ISSN 1211-264X.
49. URBÁŠKOVÁ,M. Antibiotika a antibiotická rezistence z hlediska mikrobiologa. In: *Remedia*. 2001, roč.11, č.3, s.170-176. ISSN 0862-8947.
50. URBÁŠKOVÁ,M. Komentář. In: *Medicína po promoci*. 2002, roč.3, č.1, s.21-23. ISSN 1212-9445.
51. VENGLÁŘOVÁ,M., MAHROVÁ,G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144s. ISBN 80-247-1262-8.
52. VYHLÁŠKA 195/2005, kterou se upravují podmínky předcházení , vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče
53. VYMĚTAL,J. *Lékařská psychologie*. 3.vyd. Praha: Portál, 2003. 397s. ISBN 80-7178-740-X.

54.WORKMAN,B.A., BENNETT,C.L. *Klíčové dovednosti sester.* Přel. M.Zvoníčková.1.vyd. Praha: Grada, 2006. 260s. Přel.z: Key Nursing Skills. ISBN 80-247-1714-X.

8. Klíčová slova

Klient / pacient

Methicilin rezistentní Staphylococcus aureus (MRSA)

Rezistence

Potřeby člověka

Vnímání

Sestra

Bariérová ošetrovatelská péče

Izolace

9. Seznam příloh

Příloha 1 - Otázky k rozhovoru strukturované v dotazníku

Příloha 2 – Pyramida potřeb A. Maslowa

Příloha 3 – Postup při mytí rukou

Příloha 4 – Informace pro pacienty s diagnózou MRSA

Příloha 1

Dobrý den,

jmenuji se Martina Štveráková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia ošetrovatelství – obor všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. S Vaším laskavým souhlasem s Vámi provedu rozhovor na základě předem připravených otázek, na které, prosím, odpovídejte pravdivě. Na otázku vyberte vždy jednu odpověď z nabídnutých variant. V případě možnosti Vašeho slovního vyjádření Vás na tuto skutečnost předem upozorním. Vámi uvedené údaje jsou zcela anonymní a budou využity výhradně pro potřebu mé bakalářské práce na téma: „Vliv ošetrovatelské péče na průběh hospitalizace klienta s diagnózou MRSA“.

Za Vaši ochotu, trpělivost a poskytnuté informace předem děkuji.

-
1. **Jste** a) muž
b) žena

2. **Váš věk:**
a) méně než 18 let
b) 18-30 let
c) 31-45 let
d) 46-60 let
e) 61-75 let
f) 76 let a více

3. **Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:**
a) základní
b) vyučen/a
c) střední s maturitou
d) vysokoškolské
e) jiné

4. **Víte, proč jste izolovaný/á od okolí?**
a) ano, uveďte, proč si myslíte, že jste v izolaci

b) ne
(pokud jste odpověděl/a ne, pokračujte otázkou č. 6)

9. Jak vnímáte skutečnost, že jste sám/sama na pokoji?

- a) vyhovuje mi to
- b) raději bych sdílel pokoj s někým dalším
- c) vnímám to jako nutné zlo
- d) je mi to jedno
- e) je to důležité opatření k prevenci přenosu MRSA
- f) nejsem na pokoji sám/sama (kohorta)

10. Navštěvují Vás Vaši blízcí?

- a) ano
- b) ne

11. Pokud ano, máte obavy z možného z přenosu MRSA na Vaše blízké, když Vás navštěvují v izolaci?

- a) ano velmi
- b) trochu ano
- c) vůbec ne
- d) ne, dodržují pokyny personálu
- e) nevím

12. Jak vnímáte, že jste pohybově omezen/a pouze na prostory izolačního pokoje?

- a) vůbec mi to nevadí
- b) vím, že je to důležité, abych nenakazil/a ostatní
- c) jsem odříznutý od okolního světa
- d) chybí mi možnost projít se mimo pokoj
- e) vím, že je to důležité, ale vnímám to negativně
- f) jinak...

13. Probíhala nějaká Vaše předchozí hospitalizace jinak než v izolaci? Pokud odpovíte „ano“, uveďte, jak vnímáte rozdíl v poskytované ošetrovatelské péči.

- a) ano - žádný rozdíl nepocituji
 - kontakt personálu se mnou je častější než dříve
 - kontakt personálu se mnou je omezenější než dříve
 - neumím to zhodnotit
- b) ne

- 14. Opatření, která jsou na Vašem pokoji prováděna personálem (individualizované pomůcky, izolace Vaší osoby, používání pláště, rukavic, ústenky, pokrývky hlavy) celkově vnímáte:**
- a) chápu důležitost těchto opatření
 - b) opatření mě obtěžují
 - c) jsem rád/a, že se dodržují
 - d) vnímám je jako přehnané
 - e) považuji to za zbytečné
 - f) nevím
- 15. Jak vnímáte ochranný oděv personálu (plášť, rouška, rukavice, pokrývka hlavy), který Vás ošetřuje? Můžete zvolit více odpovědí.**
- a) je odůvodněný
 - b) působí směšně
 - c) působí hrozivě
 - d) působí profesionálně
 - e) je mi to jedno
 - f) cítím se méněcenně
 - g) jako by se mě personál štítil
 - h) vnímám to nepříjemně, ale vím, že je to důležité
 - ch) jinak...
- 16. Používání dezinfekčních prostředků na Vašem pokoji vnímáte jako:**
- a) potřebné
 - b) nedostatečné
 - c) nadbytečné
 - d) obtěžující
 - e) obtěžující, ale potřebné
 - f) nevadí mi
- 17. Jak vnímáte např. to, že Vám personál připravuje stravu v rukavicích?**
- a) jako opatření k prevenci přenosu nemocí
 - b) působí to zvláště
 - c) jako by se mě štítili
 - d) dosud jsem to neřešil/a
- 18. Způsob provádění osobní hygieny pomocí dezinfekčního mýdla vnímáte:**
- a) jako potřebné opatření prevence přenosu nemoci
 - b) obtěžuje mě to
 - c) nevadí mi to
 - d) nedělá mi to dobře na pokožku

- e) není mi příjemná jeho vůně
- f) rád bych si ho opatřil/a i domů
- g) takové mýdlo nepoužívám
- h) jiné...

19. Musel/a jste použit během hospitalizace v izolaci ochranné pomůcky (plášť, rukavice, ústenku nebo pokrývku hlavy)?

- a) ano
- b) ne

20. Pokud ano, jak jste to vnímal/a?

- a) příjemně
- b) nepříjemně
- c) neutrálně
- d) rád/a jsem si to vyzkoušel/a

21. Jak vnímáte ošetrovatelskou péči, která je vám v izolaci poskytována?

- a) velmi dobře
- b) docela dobře
- c) spíše špatně
- d) velmi špatně

22. Co vnímáte z průběhu hospitalizace v izolaci za nejnepříjemnější?

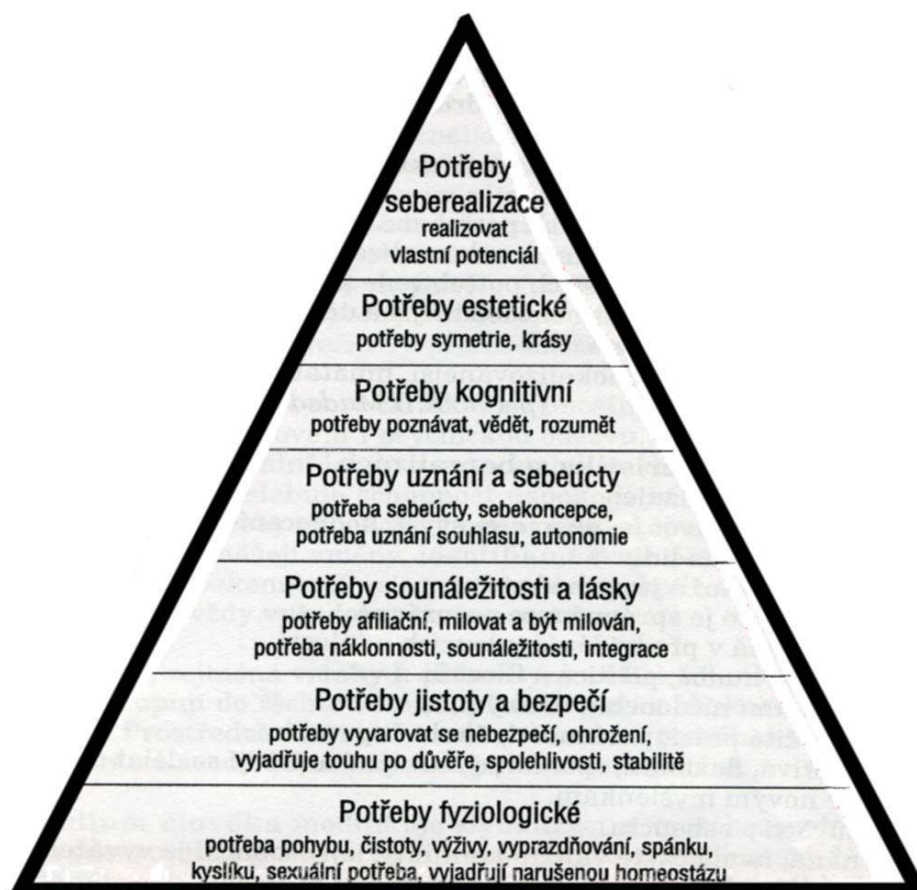
Můžete zvolit více odpovědí

- a) nemožnost se projít mimo pokoj
- b) používání rukavic personálem při kontaktu se mnou
- c) ochranný oděv personálu
- d) používání dezinfekce na pokoji
- e) používání dezinfekčního mýdla
- f) absence kontaktu se spolupacienty
- g) povinnost použít ochranné pomůcky při pobytu mimo pokoj
- h) postoj okolí ke mně
- g) nic nevnímám nepříjemně
- h) jiné...

23. Je něco, co na izolaci postrádáte nebo co Vám chybí?

- a) ne
- b) ano, řekněte co

Příloha 2



Převzato z: TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDV PZ, 2001. 186s. ISBN 80-7013-324-8.

Hygienická dezinfekce rukou

Standardní metoda podle EN 1500



1. krok

Dlaň proti dlani.

Upozornění:
Nezapomeňte
na zápěstí.



2. krok

Dlaň pravé ruky
přes hřbet levé
a dlaň levé ruky
přes hřbet pravé.



3. krok

Dlaň proti dlani
s propletenými
prsty.



4. krok

Vnější část prstů
proti dlani
s „uzamčenými“
prsty.



5. krok

Sevřít pravý palec
v levé dlani
a vtírat krouživým
pohybem,
a naopak.



6. krok

Krouživé pohyby
sevřených konečků
prstů pravé ruky
v levé dlani,
a naopak.

Aplikujte dezinfekční přípravek na suché ruce. Dle výše popsaného postupu vtírejte přípravek důkladně do rukou až po zápěstí 30 vteřin. Každý krok provádějte pětkrát. Po ukončení 6. kroku opakujte znovu jednotlivé kroky po dobu trvání předepsaného času. Pokud je to nutné, použijte větší množství dezinfekčního přípravku. Zajistěte, aby ruce byly vlhké po celou dobu dezinfekčního procesu.

Převzato z: KINDLOVA. *Bariérová ošetrovatelská péče*. [cit. 2005-05-21].
Dostupné z WWW: <http://www.eamos.cz/amos/kos/modules/low/kurz_text.php?id_kap=1&kod_kurzu=kos>

Informace pro pacienta s diagnózou MRSA

Při mikrobiologickém vyšetření byla na některých místech Vašeho těla zjištěna bakterie, která je označována jako methicilin rezistentní *Staphylococcus aureus*, zkráceně MRSA. Dovolte, abychom Vás informovali o tom, co to pro Vás znamená.

Každý člověk je trvale osídlen různými druhy bakterií. Baktérie se vyskytují zejména v dutině ústní, v tlustém střevě, ale také na kůži, na nosní sliznici a podobně. Tyto baktérie za normálních okolností nevyvolávají žádné potíže ani onemocnění; člověk je na jejich přítomnost adaptován. Při porušení sliznice nebo při výrazném útlumu imunity mohou však i tyto běžné baktérie způsobit nepříjemné komplikace - říkáme, že jsou podmíněně patogenní. Mezi takovéto podmíněně patogenní baktérie patří i stafylokoky, které se u zdravých osob mohou vyskytovat zejména na nosní sliznici a na kůži. U oslabených jedinců mohou vyvolat hnisavá ložiska v kůži anebo i v různých hlubokých orgánech a tkáních. Mohou způsobit i sepsi (otravu krve).

MRSA patří do skupiny běžně se vyskytujících stafylokoků. Odlišuje se od nich jen jednou podstatnou věcí, a tou je jeho necitlivost (rezistence) k obvykle používaným antibiotikům. Tuto necitlivost si stafylokoky vypěstovaly a rozšířily zejména v poslední době jako obranu před léčbou antibiotiky. Ve světě existují země, kde podíl necitlivých bakterií dosahuje 50% i více; u nás to jsou zatím jen ojedinělé případy. MRSA zůstávají stále ještě citlivé k některým antibiotikům, které si ponecháváme v záloze. Léčba těmito antibiotiky je však delší, komplikovanější a také dražší. Proto se snažíme každého pacienta, u kterého byla přítomnost MRSA zjištěna, izolovat od ostatních nemocných, aby nedošlo k rozšíření této bakterie na jiné lidi.

Upozorníme ještě, že samotný nález MRSA není nutně projevem onemocnění. Může se jednat o pouhé nosičství, tj. osídlení sliznic nebo kůže touto rezistentní formou stafylokoků. V takovém případě stafylokok svým nositelům žádné potíže nedělá a neohrozí ani zdravé osoby v okolí. Může však způsobit onemocnění u jedinců s porušenou kůží, například mají-li kožní ekzém nebo nějaké povrchové poranění. Taková místa se snadno stávají vstupní branou infekce.

Nosičství MRSA může být v určitých případech vyléčeno pomocí dezinfekčních prostředků, případně může samovolně skončit tím, že se u člověka obnoví přirozené mikrobiální osídlení. Než ale k postupnému vymizení této bakterie dojde, je třeba dodržováním určitých opatření zabránit přestupu MRSA na jiné lidi a většímu rozšíření v populaci.

Sestavili jsme pravidla, která Vás budou do určité míry omezovat, znamenají však ochranu osob ve Vašem okolí. Prosíme Vás o pochopení a lidskou ohleduplnost k ostatním. Jistě se Vám někdy v budoucnu Vaše laskavost v nějaké podobě vrátí.

Opatření, o jejichž dodržování se budeme společně snažit, jsou následující:

Během Vaší hospitalizace Vás umístíme na izolačním pokoji. Zdravotnický personál bude po vstupu do Vašeho pokoje dodržovat přísnější hygienická opatření (bude si například brát zvláštní plášť, používat ústenku a rukavice, dezinfikovat si ruce před odchodem z pokoje apod.).

Jestliže po dohodě s ošetřujícím lékařem budete moci vycházet ven ze svého pokoje, dodržujte naše pokyny:

1. před odchodem z pokoje si umyjte a vydezinfikujte ruce
2. na chodbě se ničeho nedotýkejte
3. používejte jen vyčleněné WC a koupelnu
4. nestýkejte se s pacienty z jiných pokojů
5. počet návštěvníků bude omezen
6. návštěvy si nebudou sedat na lůžko a před odchodem si vydesinfikují ruce

Budete-li mít známky infekce dýchacích cest (rýma, kašel apod.), používejte po opuštění svého pokoje ústenku. Ústenku si budete nasazovat i v případě přítomnosti této bakterie na sliznici Vašeho nosu.

Přítomnost MRSA není důvodem k prodloužení hospitalizace ani pracovní neschopnosti. Bude-li Vaše základní onemocnění vyléčeno, můžete být propuštěn(a) do domácí péče a můžete pak i kamkoliv cestovat. Pokud vyhledáte ambulantní ošetření jiným lékařem nebo budete-li hospitalizován, informujte, prosím, lékaře o svém nosičství. Jestliže byste se měl(a) podrobit nějakým lékařským zákrokům, je potřeba, abyste o svém nosičství informoval(a) zdravotnický personál v předstihu.

Děkujeme za pochopení a spolupráci a jsme připraveni odpovědět na Vaše otázky.

